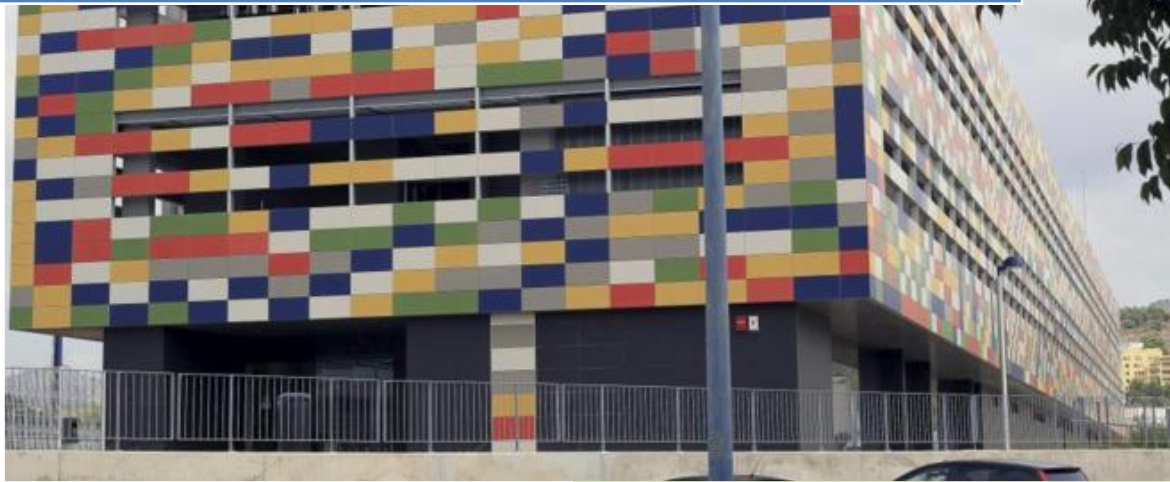


2014-2015

Discapacidad intelectual,
sexualidad y conducta
alimentaria: estudio clínico de
caso único

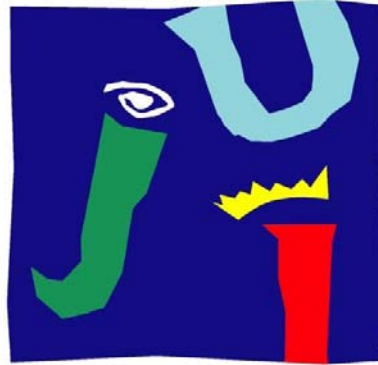


Pablo Bojados Rodríguez

Universidad Jaume I

2014-2015

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**UNIVERSITAT
JAUME I**

**Máster Universitario en Psicopatología, Salud y
Neuropsicología (R.D. 1393/2007)**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, CLÍNICA Y
PSICOBIOLOGÍA**

ESTUDIO CLÍNICO DE CASO ÚNICO PRESENTADO POR:

Pablo Bojados Rodríguez

TUTORIZADO POR:

Beatriz Gil Juliá

SUPERVISADO POR:

María Rodríguez Rubio

CASTELLÓN, Noviembre de 2014

“La mente es como el agua. Cuando está calmada y en paz, puede reflejar la belleza en el mundo. Cuando está agitada, puede tener al paraíso enfrente y no lo refleja”.

David Fischman

ESTUDIO CLÍNICO DE CASO ÚNICO.

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO.

1. Introducción del caso.....	6
2. Definición de la patología diagnosticada.....	7
2.1. Trastornos de la conducta alimentaria.....	7
2.2. Trastornos sexuales y de la identidad sexual.....	9
2.3. Retraso mental.....	10
3. Curso evolutivo.....	12
3.1. Trastornos de la conducta alimentaria.....	12
3.2. Trastornos sexuales y de la identidad sexual.....	14
3.3. Retraso mental.....	15
4. Evaluación y tratamiento.....	17
4.1 Evaluación y tratamiento para TCA.....	17
4.2 Evaluación y tratamiento para el Trastorno Sexual.....	35
4.3 Evaluación y tratamiento del Retraso Mental.....	41
5. Adherencia al tratamiento.....	46
5.1 Adherencia al tratamiento para TCA.....	46
5.2 Adherencia al tratamiento para el Trastorno Sexual.....	46
5.3 Adherencia al tratamiento para el Retraso Mental.....	47
6. Situación actual y retos del futuro.....	48
6.1 Trastorno de la Conducta Alimentaria.....	48
6.2 Trastorno Sexual.....	49
6.3 Retraso Mental.....	50

II. MARCO EMPÍRICO

7. Estudio de caso único.....	53
7.1 Introducción.....	53
7.2 Anamnesis e historia clínica.....	56
7.3 Evaluación del caso.....	65
7.4 Tratamiento.....	75
7.5 Resultados.....	124
7.6 Tratamiento futuro.....	127
7.7 Discusión y conclusiones.....	129
8. Referencias bibliográficas.....	132
9. Anexos.....	134

MARCO TEÓRICO

1. Introducción.

En el presente estudio clínico de caso único se ofrece un enfoque teórico y empírico que pretende detallar de un modo estructurado, a través de una orientación clínica, el proceso de intervención realizado por el psicólogo Pablo Bojados Rodríguez durante su periodo de prácticas en el Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón. El usuario elegido para el presente estudio es un joven de 21 años de edad que acude al recurso del Centro de Rehabilitación e Inserción Social para enfermos mentales (CRIS) del Centro Gran Vía desde noviembre de 2013.

En primer lugar se aborda la variabilidad psicopatológica que presenta el caso desde un enfoque teórico, ubicando al lector en la sintomatología presentada por el usuario elegido para el estudio clínico de caso único. El enfoque teórico pretende dar una explicación de la situación actual en la que se encuentra cada patología presentada, la sintomatología significativa de cada trastorno y su curso evolutivo. Este marco teórico tiene como objetivo dar una justificación científica de las diferentes intervenciones que el psicólogo lleva a cabo para abordar la presente problemática.

Una vez ubicado al lector en la sintomatología presentada por el caso seleccionado se muestra la estructura de intervención elaborada para dar solución a las diferentes problemáticas del usuario a través de un marco de orientación empírica. Desde el marco empírico se abordan los pasos seguidos para la evaluación del presente caso, la propuesta teórica del psicólogo y los resultados obtenidos en dicha intervención.

El estudio de caso concluye con la presentación de una propuesta de tratamiento futuro, acorde con los resultados obtenidos, y una discusión que pretende englobar todo el trabajo realizado con el usuario del recurso del CRIS del Centro Gran Vía de Castellón.

2. Definición de la patología diagnosticada.

2.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), siguiendo la terminología de la edición española del DSM (DSM-5, 2014), concentran una serie de perturbaciones caracterizadas por comportamientos, creencias y emociones anómalas sobre la alimentación, el peso, y la forma corporal. Estos trastornos son clasificados como trastornos mentales y reflejan una amplia serie de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales (Perpiñá, 2010). Fairbairn y Walsh (2002) definen los trastornos de la conducta alimentaria como “una alteración de los hábitos alimentarios y de las conductas de control de peso que dañan significativamente la salud o el funcionamiento psicosocial de la persona, y no son secundarios a ningún trastorno mental o médico”.

Dentro de este grupo de trastornos encontramos como máximos exponentes la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa se caracteriza por la negación de la persona que padece este trastorno a mantener su peso a un nivel mínimamente normal (menos del 85%) para su edad y altura, un miedo intenso a aumentar su peso, aun estando en un peso por debajo de lo normal, y alteraciones en la imagen corporal. Estas características se acompañan de una percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos y un sentimiento general de ineficacia personal; es decir, su psicopatología se centra en el deseo irrefrenable de seguir adelgazando, incluso aunque se haya perdido gran parte de su peso (Perpiñá, 1999). Se reconocen dos subtipos: el restrictivo y el purgativo, en función de la ausencia (en el primero) y la presencia (en el segundo) de conductas purgativas con el objetivo de compensar la ingesta de alimentos. Este trastorno trae consigo consecuencias físicas tales como hipotermia, hipotensión, bradicardia y una variedad de cambios metabólicos como la amenorrea (en el caso de mujeres jóvenes).

Por su parte, la bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes que la persona que sufre esta patología no puede controlar, seguidos de conductas compensatorias encaminadas a evitar el aumento de peso (vómitos auto-inducidos, uso de laxantes, ayuno, ejercicio excesivo, etc.) y alteraciones en la percepción de la imagen corporal. Por tanto, las tres características esenciales de este cuadro serían la *pérdida subjetiva del control sobre la ingesta*, las *conductas destinadas al control del peso corporal*, y la *preocupación extrema por la figura y el peso corporales* (Wilson, Fairburn y Agras, 1997). Al igual que en la anorexia nerviosa, en este trastorno también se diferencian dos subtipos: el purgativo (utilización de vómitos o uso de laxantes) y no purgativo (uso de ejercicio excesivo o ayuno como conducta compensatoria) (DSM-IV-TR, 2000; DSM-5, 2013). Todas estas conductas disfuncionales, destinadas a controlar el peso corporal llevan consigo una amplia gama de complicaciones físicas tales como la erosión del esmalte dental y caries, pérdidas de potasio, hipertrofia de la glándula parótida a consecuencia del desequilibrio electrolítico, infecciones urinarias, irregularidades menstruales (Perpiñá, Botella y Baños, 2000).

Además de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, el manual diagnóstico DSM-IV-TR incluye la categoría diagnóstica de trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Se trata de

una categoría que se puede aplicar a un tercio de las personas que buscan tratamiento para un trastorno de la conducta alimentaria. Según el DSM-IV (1995), la categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada hace referencia a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios diagnósticos para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, es decir, para una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa. En la mayoría de los casos se trata de variantes atípicas similares a la anorexia o la bulimia (o ambas). La última versión del manual DSM (DSM-5, 2013) añade, además, la categoría “Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado” en la que se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastorno de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios. Esta categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario específico (DSM-5, 2013). Por su parte, al trastorno por atracón, situado en el DSM-IV-TR dentro del epígrafe de trastorno de la conducta alimentaria no especificado, aparece en el DSM-5 como categoría independiente. A los trastornos de la conducta alimentaria se añade, en este nuevo manual, los trastornos de la ingestión (Pica, Trastorno de rumiación y Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos).

Desde una perspectiva clínica, los hombres que tienen trastornos de la conducta alimentaria no muestran diferencias significativas con respecto a las mujeres que presentan la misma sintomatología (Carlat et al., 1997). A medida que los diferentes estudios indican que la anorexia nerviosa no es “un trastorno exclusivo de mujeres jóvenes”, los expertos en esta patología se encuentran en condiciones de detectar con más precisión los casos de anorexia en varones, lo que a su vez origina un aumento de la prevalencia del mismo. Sin embargo, los casos de bulimia masculina son muy poco frecuentes (Andersen, 2002). Aunque todavía se sabe muy poco sobre el trastorno por atracón de comida, probablemente pueda llegar a ser el trastorno de la conducta alimentaria más frecuente entre los varones.

Andersen (1999) indica que, en general, hay cuatro razones fundamentales que llevan a los hombres a ponerse a régimen: evitar las bromas al respecto, mejorar su marca en un deporte, evitar enfermedades relacionadas con el sobrepeso que han visto en sus padres y establecer una relación homosexual (Andersen, 1999).

2.2. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL.

Carrobbles y Sanz (1991) de acuerdo con la concepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de salud sexual, definida como la *integración de elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios enriquecedores que potencien la personalidad, la comunicación y el amor* (OMS, 1975), han definido los problemas sexuales como “conductas anormales con una etiología orgánica o psicológica, socialmente infrecuentes y que producen en el individuo una sensación de infelicidad, coartan su libertad o constituyen un problema o peligro para sí mismo o para los demás”.

Probablemente la actividad sexual sea el área de la conducta humana en la que es más difícil establecer un límite entre lo que es normal y lo que resulta patológico. Como señala Belloch (1992), “no existen referencias externas que nos permitan establecer puntos de corte claros, ya que éstos están en buena medida determinados por el contexto social y cultural en que se desenvuelve el sujeto, además de por su propio criterio personal”.

Desde las concepciones científicas actuales, y sin olvidar la mencionada relatividad de criterios diagnósticos, podemos establecer que la definición predominante de lo que es un trastorno sexual en las clasificaciones diagnósticas al uso se centra, fundamentalmente, en la experiencia subjetiva de malestar en relación con algún aspecto de la actividad sexual propia (Crespo et al. 2008).

Esta definición se amplía para abarcar también aquellos comportamientos de carácter sexual que producen malestar a otra persona (por ejemplo en el caso de violaciones, acoso sexual o prácticas que impliquen la coacción sobre otra persona).

McConaghy (1993) define la disfunción orgásmica masculina o anorgasmia como “la ausencia o retraso del orgasmo en el hombre, tras una fase de excitación normal, en el transcurso de una actividad sexual adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración”. Normalmente hace referencia al orgasmo intravaginal, siendo posible el orgasmo en otro tipo de situaciones, como la masturbación (McConaghy, 1993).

Son pocos los hombres que muestran una total incapacidad para alcanzar el orgasmo. Alrededor del 85% de los hombres con dificultades para eyacular pueden, sin embargo, llegar al orgasmo mediante otras formas de estimulación, fundamentalmente a través de la masturbación en solitario (Masters et al., 1992).

Por lo que se refiere a las causas del trastorno orgásmico masculino encontramos dos grandes corrientes. Por un lado, desde el modelo denominado “modelo de inhibición”, se considera que el problema se debe a que el hombre no recibe estimulación suficiente para alcanzar el umbral orgásmico, por lo que la intervención se centra, desde esta perspectiva, en incrementar el nivel de estimulación genital (Masters y Johnson, 1970). Por otro lado, varios autores, siguiendo los estudios de Apfelbaum (1989), sugieren que la inhibición eyaculatoria es un trastorno relacionado con la falta de deseo, aunque se disfraza como trastorno de

realización, por lo que los esfuerzos han de dirigirse a que el hombre reconozca su falta de deseo para realizar el coito y su falta de excitación durante éste.

2.3. RETRASO MENTAL.

A la hora de definir el retraso mental, redefinido en el DSM-5 (2013) como Discapacidad Intelectual, se encuentran en un nivel similar los manuales diagnósticos CIE-10, el DSM-III-R, las propuestas del DSM-IV y del DSM-IV-TR, y la última versión del DSM (DSM-5, 2013) aunque se encuentran algunos matices. Para la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el retraso mental se define por “la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización” (Pelechano, 2009).

Tanto el DSM-III como el DSM-III-R, la versión publicada del DSM-IV (DSM-IV-TR, 2000) y la última versión (DSM-5, 2013) proponen características similares a nivel definicional: “A) Capacidad intelectual significativamente por debajo de la media respecto al promedio general: CI (cociente intelectual) de 70 o menos cuando se administran tests individuales (en el caso de niños, un juicio clínico en el que se exprese un funcionamiento intelectual por debajo significativamente de la media); B) Déficit o deterioros concurrentes de la conducta adaptativa actual, teniendo en cuenta la edad de la persona o su grupo cultural de referencia, en dos áreas al menos de las siguientes: comunicación, cuidado personal, habilidades sociales/interpersonales, utilización de los recursos de la comunidad, autodirección, habilidades funcional-académicas, trabajo, distracción, salud y seguridad, y C) Inicio antes de los 18 años.” (DSM-IV-TR, 2000; DSM-5, 2013). Se acepta también la posible presencia de otros trastornos asociados.

DENOMINACIÓN	RANGO DE CI	% INCIDENCIA SOBRE TOTAL DE RETRASO MENTAL (APROX.)
Ligero (Leve)	50/55-70	80
Medio (Moderado)	35-49	12
Grave	20-34	7
Profundo	Menos de 20	1
En la CIE-10 se añaden: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Otro retraso mental. ➤ Retraso mental sin especificación. En el DSM-IV-TR: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Retraso mental sin especificación. En el DSM-5: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Retraso global del desarrollo. ➤ Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) no especificada. 		

Tabla 2.1 Clasificación del retraso mental según los sistemas CIE y DSM en función de la gravedad.

Así pues, el retraso mental se define tanto en relación con el rendimiento académico como con la inteligencia en su sentido más ampliado, entendida como la capacidad de adaptarse adecuadamente en el entorno. Por otro lado, esta definición no dice nada sobre los factores causales, que pueden ser biológicos, psicosociales, socioculturales, o una combinación de los anteriores, según indica la American Psychiatric Association (2000), en aproximadamente un 30 a 40% de los individuos que lo sufren no se identifica una causa). Por definición, como indica Butcher (2007), “cualquier equivalente funcional de un retraso mental que haya hecho su aparición después de los 17-18 años, debería considerarse como una demencia y no como retraso mental”. Se trata de una importante aclaración, puesto que la situación psicológica de una persona que contrae un deterioro importante en su funcionamiento intelectual una vez alcanzada la madurez, es diferente de la de una persona cuyos recursos intelectuales se mantienen por debajo de lo normal durante la mayor parte de su desarrollo, por lo que, en el caso de las personas que sufren múltiples defectos cognitivos después de alcanzar los 18 años, y que presentan una reducción del CI hasta 70 o menos, su funcionamiento intelectual obedece a un desorden adquirido y no de desarrollo (Butcher et al., 2007).

Desde diferentes estudios se distinguen, por otro lado, dos tipos de retraso mental: el retraso mental asintomático y el retraso mental sintomático. El asintomático, consecuente a factores familiares de tipo hereditario y ambiental, que usualmente se observa en hijos de padres con baja inteligencia, educados en medios culturales pobres, el cual constituye cerca del 75% de la población con retraso mental. Esta deficiencia intelectual es considerada inespecífica, ya que su etiología es desconocida y las deficiencias mentales son usualmente muy leves así como las limitaciones físicas imperceptibles. Muchos de estos niños son difíciles de distinguir de aquellos sin discapacidades intelectuales (Greenspan, 2006). Por su parte, el retraso mental sintomático, resultante de factores accidentales (cromosómicos, infecciosos, metabólicos y traumáticos perinatales, entre otros), se relaciona generalmente con trastornos de tipo motor y sensorial. Estos niños, al contrario de los del primer grupo, por lo común presentan defectos físicos y constituyen aproximadamente el 25% de la población con retraso mental. En este último grupo se incluyen los niños con síndrome de Down (que representa cerca del 10% en el grupo con retraso mental, y el 1/1000 en la población general), y los niños con fenilketonuria, que constituyen entre 1/3000 y 1/20000 en la población general.

Desde una perspectiva educativa, las personas diagnosticadas con un retraso mental leve de tipo asintomático (grupo que representan la mayoría de personas con retraso mental leve) son consideradas “educables”, y su nivel intelectual, cuando alcanzan la edad adulta, se puede comparar al de un niño medio de entre 8 y 10 años de edad. Sin embargo, como advierte Butcher (2007) afirmaciones como esta no deben tomarse de manera literal. Un adulto con un retraso mental leve y una edad mental de, por ejemplo 10 años, no se parece en la práctica a un niño de 10 años, en su capacidad y velocidad de procesamiento de la información (Weis, Wiesz, y Bromfield, 1986). Por otra parte, cuenta con mucha más experiencia en la vida, aspecto que debería incrementar sus puntuaciones en un test de inteligencia.

El ajuste social de las personas con un retraso mental leve es similar al de un adolescente, si bien es cierto que suelen carecer de la capacidad de imaginación, inventiva y juicio propios de los jóvenes. Generalmente, no muestran señales de patología cerebral o cualquier otro tipo de

anomalía física, aunque suelen requerir algún tipo de supervisión, debido a su limitada capacidad para prever las consecuencias de sus conductas. Si cuentan con un diagnóstico precoz, la ayuda de los padres y de un programa de educación específica, la gran mayoría de estas personas con una inteligencia límite pueden adaptarse a nivel social, dominar capacidades académicas y laborales sencillas, y convertirse en personas capaces de valerse por sí mismas (Macleay, 1997).

3. Curso evolutivo.

3.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

En los últimos años se han agrupado una serie de datos sobre la evolución de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en el último siglo, concluyéndose que la Anorexia Nerviosa (AN) aumentó considerablemente hasta el año 1970, y sus cifras se han afianzado desde entonces. Por su parte, la incidencia de la Bulimia Nerviosa (BN) sigue experimentando una tendencia ascendente (Hoek y van Hoeken, 2003).

Por lo que respecta a su curso evolutivo, la Anorexia Nerviosa (AN) suele iniciarse entre los 13 y 18 años de edad, aunque cada vez es más frecuente encontrar casos de menor edad. El inicio del trastorno suele aparecer después de un periodo de dieta muy restrictivo, coincidiendo con situaciones estresantes que han supuesto para la persona afectada encontrarse fuera de control. La gravedad del bajo peso es negada casi constantemente, por lo que suele carecerse de conciencia de enfermedad, y cuando acuden a consulta se encuentran en un estado muy avanzado de deterioro y, en la mayoría de las ocasiones, forzadas por sus familiares. La evolución de esta enfermedad es muy variable; en algunas personas afectadas, el trastorno se desarrolla sólo parcialmente, o incluso si lo hace totalmente puede que sólo sea efímero y resolverse sin muchas consecuencias biopsicológicas; otras, en cambio, desarrollan un problema crónico muy resistente, con grave riesgo incluso para la propia vida. No es extraño entre afectados de Anorexia Nerviosa que alternen, por un lado, la restricción alimentaria (con o sin el ejercicio físico excesivo) y, por otro, periodos de atracones alimentarios y purgas en distintos momentos del trastorno. Se estima que el 50% de las personas aquejadas de Anorexia Nerviosa (AN) acabarán desarrollando atracones alimentarios (Eddy et al., 2008) y finalmente cumplirán todos los criterios para la Bulimia Nerviosa (BN) (Bulik et al., 1997). No es raro que la sintomatología residual persista más allá del alta del individuo aquejado del trastorno de la conducta alimentaria (TCA), sobre todo, en lo que respecta a la preocupación con carácter intrusivo, sobre los temas de comida, peso, y forma corporales.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) cuentan con las tasas más altas de mortalidad entre los trastornos mentales. En concreto, la Anorexia Nerviosa (AN) tiene una mortalidad muy elevada, calculada en torno al 5,6% por década, si bien en seguimientos de 20-30 años, dicho porcentaje se eleva hasta el 20% (Steinhausen, 2002). La mayor parte de muertes se deben a la inanición, complicaciones cardíacas, o por suicidio.

La Bulimia Nerviosa (BN) suele tener un inicio más tardío que la Anorexia Nerviosa (AN), puede ocurrir incluso durante el comienzo de la madurez, aunque la edad de inicio más frecuente está entre los 18 y 22 años. Como en la AN, el inicio de la BN frecuentemente viene

acompañado de un período de dieta muy restrictiva, e incluso en algunos casos, estas personas proceden de una AN anterior que evoluciona a BN (Bulik et al., 1997; Eddy et al., 2008). Se ha estimado una duración promedio del trastorno de aproximadamente unos 5 años, y en un tercio de las personas afectadas se da una mayor duración, aunque en sus formas más atípicas (Fairburn y Harrison, 2003). La evolución de la BN es variable entre individuos afectados, pero suele presentar una mejor respuesta al tratamiento que las personas afectadas de AN y sus tasas de mortalidad son mucho menores. En cuanto a los predictores de pronóstico, se han identificado algunos factores de mala evolución tales como la obesidad y el sobrepeso en la infancia, baja autoestima y trastornos de personalidad (Fairburn y Harrison, 2003).

Son numerosos los estudios realizados con el objetivo de determinar el curso evolutivo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Keel y Mitchel (1997) realizaron una revisión de 88 estudios llevados a cabo en mujeres de la población general, considerando a aquellas que llegaron a desarrollar bulimia nerviosa al menos seis meses después del inicio del estudio. Los resultados mostraron que entre los 5 y 10 años después del inicio del trastorno, alrededor del 50% de mujeres inicialmente diagnosticadas con bulimia nerviosa se había recuperado totalmente, mientras que aproximadamente el 20% seguía cumpliendo todos los criterios de la bulimia nerviosa. De las personas recuperadas, un 30% experimentaban recaídas. El riesgo de recaída disminuía después de 4 años. Estos autores encontraron que, en los casos tratados, se producía una mejoría significativa a corto plazo, pero en los seguimientos mayores de 5 años no se hallaban diferencias entre los grupos de pacientes tratados y los que no recibían tratamiento. No obstante, estos resultados deben tomarse con cautela ya que parece lógico que los casos más graves sean lo que demandan tratamiento, y esta mayor gravedad facilitaría las recaídas.

Para Fairburn y su equipo (1995) la evolución a largo plazo de este trastorno depende del tipo de tratamiento administrado, siendo generalmente mejor cuando los pacientes son tratados con *terapia cognitivo conductual*. De aquí se infiere la importancia que las creencias disfuncionales y los pensamientos intrusivos acerca del peso, la comida y la figura tienen en el desarrollo y evolución de la enfermedad.

Por su parte, autores como Field, Herzog y Keller (1997) consideran que la bulimia nerviosa es un trastorno episódico que cursa habitualmente con periodos de mejoría y empeoramiento. Sin embargo, como señala Halmi (1996), se necesitan estudios longitudinales a largo plazo para establecer el curso natural de este trastorno y los predictores de su evolución.

Con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), contamos con menos datos y se conoce poco sobre su desarrollo. En algunos de los estudios realizados que se centraron sobre los trastornos de la conducta alimentaria atípicos, se observó que la sintomatología persiste en la mayoría de los casos y que aproximadamente la mitad de las personas afectadas desembocaron en una AN o BN (Herzog, Hopkins y Burns, 1993). Por lo que respecta al trastorno por atracón (TA), la edad de inicio es más tardía, siendo la franja de edad con mayor prevalencia; entre los 30 y 50 años (Grilo, 2002). Estas personas suelen informar de desregulación alimentaria y de un comer alterado desde tiempo atrás, cursando períodos sintomáticos junto con otros asintomáticos. Varios estudios coinciden en que un 50% de

individuos con trastorno por atracón (TA) tienen atracones antes de iniciar su primera dieta. Una historia previa de AN es rara, pero es mucho más frecuente una historia previa de BN (Grilo, 2002).

Tomados en conjunto, todos estos datos indican que las personas con TCA tienden a “migrar” entre las distintas categorías diagnósticas, fenómeno que empieza a popularizarse en TCA como la “transición diagnóstica” o “entrecruzamiento diagnóstico” (Fairburn y Harrison, 2003), subrayando así el hecho de que la persona con TCA suele cambiar de categoría diagnóstica (el 50% de personas con AN desarrolla BN, sin embargo se registran muy pocos casos de transición BN-AN; un tercio de personas con BN proviene de una historia previa de AN, y otro tercio ha presentado historia de sobrepeso u obesidad) y que, a su vez, todas estas categorías diagnósticas comparten la misma psicopatología distintiva. Ello hace pensar que debe haber mecanismos comunes que contribuyen a la persistencia de esta patología. Por otra parte, el hecho de que los TCA no acaben derivando hacia otros trastornos, apoya la idea de que los TCA tienen identidad y entidad diagnóstica por sí mismos (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh, Collier y Treasure, 2009).

3.2. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL.

Desde los años 60, se ha experimentado un incremento del interés en investigación por la sexualidad y sus diferentes problemáticas, interés que, como señala Sierra (1996), tiene como base una concepción social distinta de la sexualidad, que cada vez más se concibe como un derecho y como uno de los instrumentos de disfrute y satisfacción de la vida. Eso hace que las personas nos hayamos vuelto más exigentes con nosotros mismos y con nuestras parejas en el terreno del desempeño sexual, de ahí que cada vez haya más demanda de terapia sexual (Sierra, 1996).

Dentro de la investigación de los trastornos sexuales y de la identidad sexual difiere mucho la sexología que trabaja con problemáticas de causas psicológicas, de la sexología médica. Esta ha podido trabajar más con la evidencia. La sexología médica ha desarrollado y estudiado con mayor profundidad los resultados de sus intervenciones terapéuticas, al enfocar su trabajo en casos donde las disfunciones se deben a causas físicas y no psicológicas. Las personas que requieren este tipo de tratamientos, al saber que sus problemas sexuales se deben a algo físico, se sienten menos avergonzados y ofrecen más datos sobre su problema. Además, casi todos los sexólogos que trabajan en la sexología médica son urólogos o ginecólogos y la medicina ofrece mucha mejor imagen que la sexología (Granero, 2014).

Por tanto, no se conoce con exactitud la prevalencia de las disfunciones sexuales en la población general, aunque, a pesar de que existen importantes variaciones según los estudios, los datos existentes apuntan que un porcentaje elevado de hombres y mujeres padecen a lo largo de su vida alguna disfunción sexual. Así, el estudio ECA (*Epidemiologic Catchment Area*) llevado a cabo por el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos (Eaton y cols., 1984; Klerman, 1986; Regier, 1984) estimaba la prevalencia de las disfunciones sexuales, en general, en el 24%, lo que las sitúa como el segundo diagnóstico más frecuente tras el uso del tabaco. Sin embargo, este trabajo no aporta datos sobre la prevalencia de cada disfunción específica.

A pesar de la escasez de estudios epidemiológicos de referencia que aporten datos acerca del comportamiento sexual de los españoles, así como de la prevalencia de aspectos tales como las disfunciones sexuales, en la actualidad empezamos a encontrar algunos estudios que tienen como objetivo dar luz a este tipo de disfunciones. Un estudio epidemiológico, sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana de los autores Rafael Ballester y M^a Dolores Gil (1995), indica que el 9,2% de la muestra masculina utilizada (muestra extraída de la población general compuesta por 1135 sujetos de las provincias de Valencia y Castellón) refieren haber padecido ausencia de orgasmo, disfunción sexual que nos ocupa (Ballester y Gil, 1995).

El curso evolutivo de una disfunción sexual dependerá de los criterios seleccionados para establecer el éxito en una intervención terapéutica, es decir, dependerá de cuál sea el objetivo planteado para la terapia. La primera decisión a tomar será determinar qué debe considerarse un éxito y qué no en el tratamiento de las disfunciones sexuales, algo que constituye de por sí un problema importante (Labrador y Crespo, 2001). Con mucha frecuencia, aun en los tratamientos psicológicos, los criterios de éxito en las disfunciones sexuales son fundamentalmente biológicos o referidos a realizaciones sexuales.

Incluso atendiendo sólo a estos criterios ya hay serias discrepancias respecto al éxito de una intervención. Por ejemplo, en los problemas de disfunción orgásmica, para algunos profesionales basta con que la persona afectada consiga el orgasmo con independencia del tipo de estimulación requerido, para otros el criterio de referencia debe ser que la persona afectada consiga el orgasmo en su relación de pareja.

El DSM-IV (2000) no facilita el curso del trastorno orgásmico masculino, trastorno que nos ocupa en este caso, pero, en cambio, si aborda el curso evolutivo del trastorno orgásmico femenino. Por lo que refiere a este último trastorno, debido a que la capacidad orgásmica femenina aumenta con la edad, el trastorno orgásmico puede ser más prevalente en mujeres jóvenes. En la mayoría de los casos los trastornos orgásmicos han existido siempre y no son adquiridos. Cuando una mujer aprende a conseguir el orgasmo, es poco frecuente que pierda esta capacidad, a no ser que exista una comunicación sexual pobre, problemas de relación con la pareja, un acontecimiento traumático (p.ej., violación), un trastorno del estado de ánimo o una enfermedad médica. Cuando un trastorno orgásmico se produce solamente en circunstancias muy determinadas, suelen aparecer también alteraciones del deseo sexual o de la excitación. Muchas mujeres aumentan su capacidad para llegar al orgasmo, a medida que experimentan una amplia variedad de estimulaciones y adquieren mayor conocimiento de su propio cuerpo.

3.3. RETRASO MENTAL LEVE.

El DSM IV-TR (2000) y el DSM-5 (2013) refieren que el retraso mental leve (discapacidad intelectual en DSM-5) es equivalente en líneas generales a lo que se considera en la categoría pedagógica como “educable”. Este grupo incluye a la mayoría (del 75% a 85%) de las personas afectadas por el trastorno (American Psychiatric Association, 1994). Consideradas en su conjunto, tales personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación dentro de los límites normales inferiores durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen

insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras y con frecuencia no se distinguen de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores. Sin embargo, en la edad escolar se comienzan a observar dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura y de las matemáticas.

Durante los últimos años de su adolescencia, pueden adquirir conocimientos académicos que les sitúan aproximadamente en un sexto curso de enseñanza básica. Comúnmente se observa cierta inmadurez emocional y social, con dificultades para manejar situaciones de estrés. La depresión es un problema frecuente en este grupo de niños.

Durante su vida adulta, acostumbran a adquirir habilidades sociales y vocacionales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente o en establecimientos supervisados (DSM IV-TR, 2000; DSM-5, 2013).

El diagnóstico de retraso mental requiere que el inicio del trastorno sea anterior a los 18 años de edad. La edad y el modo de inicio dependen de la etiología y la gravedad del retraso mental. Los retrasos más graves, especialmente cuando se asocian a un síndrome con fenotipo característico, tienden a reconocerse tempranamente (p.ej., el síndrome de Down habitualmente se diagnostica en el nacimiento). Por el contrario, el retraso leve de origen desconocido acostumbra a observarse posteriormente. En muchos retrasos graves resultantes de una causa adquirida, la afectación intelectual se presentará más bruscamente (p. ej., retraso leve a consecuencia de una encefalitis) (DSM IV-TR, 2000; DSM-5, 2013).

El curso del retraso mental está influido por la evolución de las enfermedades médicas subyacentes y por factores ambientales (p. ej., pedagógicos y afines, estimulación ambiental e idoneidad del trato general otorgado). Si la enfermedad médica subyacente es de carácter estático, muy probablemente el curso será variable, dependiendo de factores ambientales.

Aunque el retraso mental es una condición crónica e “incurable” en la mayoría de los casos, el cerebro es una entidad inherentemente dinámica y, por tanto, el niño con déficits mentales siempre está aprendiendo cosas nuevas y puede beneficiarse enormemente de las ayudas educativas. Si las personas diagnosticadas precozmente de un retraso mental leve cuentan con oportunidades y educación adecuadas, pueden desarrollar habilidades adaptativas, sociales y laborales, por lo que no presentan el grado de afectación esperado para un diagnóstico de retraso mental. Esto se traduce en una vida, con o sin supervisión mínima, autónoma y satisfactoria dentro de la sociedad (DSM IV-TR, 2000; DSM-5, 2013).

4. Evaluación y tratamiento.

4.1. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA.

EVALUACIÓN PARA EL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan la 3ª enfermedad crónica más común en la población de adolescentes y el diagnóstico más común en mujeres jóvenes. El retraso en la detección e identificación de los casos puede llevar a un retraso en el tratamiento y por lo tanto a un peor pronóstico. Por tanto, nos enfrentamos a un problema grave que requiere una rápida identificación y un abordaje interdisciplinar. Las principales dificultades con las que el profesional se va a encontrar en la evaluación de los trastornos alimentarios son, por un lado, el problema de que la persona afectada, muchas veces, no tiene consciencia de serlo, que acuda a consulta contra su voluntad, no siendo pocas las veces en las que oculta o manipula la información, y por otro, el poder diferenciar claramente que lo que estamos explorando sea realmente un trastorno alimentario y no confundirlo con otras psicopatologías (Perpiñá et al., 2006).

Realizar una buena evaluación, además de contribuir al conocimiento de la naturaleza del trastorno, es un paso necesario para establecer el diagnóstico y diagnóstico diferencial, formular el caso, planificar y personalizar el tratamiento, valorar la eficacia del mismo, o recabar datos acerca del pronóstico y del seguimiento, o detectar poblaciones subclínicas de estos síndromes.

Los tópicos más importantes para el diagnóstico de los trastornos alimentarios son, además de la exploración física, los patrones anómalos de la conducta alimentaria, las conductas compensatorias y las distorsiones en la imagen corporal; pero para una evaluación comprehensiva, es necesario conocer los factores precipitantes y mantenedores, y explorar otras áreas, tales como relaciones sociales, convivencia familiar, estado anímico, rasgos de personalidad, etc., que pueden aportar información acerca de los hábitos alimentarios del usuario.

Existen múltiples variables y áreas que explorar en una evaluación de los trastornos alimentarios. Al tratarse de un problema multidimensional, nos vamos a encontrar con diferentes niveles de análisis y contribuciones de los distintos tipos de respuestas (conductuales, cognitivas, fisiológicas y somáticas). Estas respuestas están presentes en una serie de ámbitos relevantes en los trastornos alimentarios, las cuales configuran las áreas comprehensivas de evaluación e intervención.

- **Respuestas conductuales.**

La dimensión comportamental está presente en los ámbitos relacionados con la alimentación y con la imagen corporal. De hecho, es el comportamiento extremo, persistente y excesivo lo que acaba llamando la atención sobre las personas aquejadas de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Nos encontraremos con conductas de evitación (a cierto tipo de alimentos, a ir con gente considerada como atractiva, a pesarse, mirarse al espejo), rituales (comer con un cierto orden para después vomitar), rituales de comprobación (mirarse continuamente al

espejo, pesarse cada vez que se ingiere algo, ponerse los antiguos vaqueros), conductas de seguridad (sentarse sin aplastar los muslos, llevar ropa ancha), comportamientos secretos (atracones y vómitos), excesiva actividad para quemar calorías, aislamiento social, etc. También hay que destacar en esta dimensión la psicopatología asociada a la pérdida de control de impulsos (además del propio impulso a comer, presencia de adicciones, cleptomanía, etc.) (Perpiñá et al., 2006).

- **Respuestas cognitivas.**

La dimensión cognitiva la representan los pensamientos y actitudes distorsionadas hacia la comida, el funcionamiento corporal, y la importancia de la delgadez en la valía personal.

Aunque se suele inferir que las personas afectadas de un TCA son expertas en conocimientos dietéticos y en los mecanismos corporales para adelgazar, lo cierto es que, si bien manejan mucha información, ésta es errónea, sesgada e incorrecta. No sólo se trata de desinformación, sino de pensamientos erróneos que llegan a funcionar como pensamientos mágicos. También son frecuentes los pensamientos intrusivos sobre la comida, la mayor parte de ellos motivados por los estados carenciales y de malnutrición.

De valor diagnóstico es la presencia, a niveles psicopatológicos, de la idea sobrevalorada de adelgazar, es decir, de la excesiva importancia que la persona da en su vida al aspecto esbelto en su funcionamiento cotidiano, e incluso en su valía personal. La consecución de este propósito acaba por articular todo su comportamiento, esfuerzo y actividades.

- **Respuestas fisiológicas.**

Con respecto a las respuestas fisiológicas y somáticas, son consecuencia de la psicopatología asociada a estos cuadros (ansiedad y cuadros afectivos) y, fundamentalmente de las complicaciones y deterioro físico que produce la psicopatología de estos trastornos. Hay que tener en cuenta en su evaluación, que muchas de estas respuestas fisiológicas anómalas remiten cuando la persona empieza a recuperarse de su demacración o su estado de malnutrición.

Todas estas respuestas se articulan de una manera más comprensiva en una serie de áreas centrales en la evaluación de los trastornos alimentarios que se exponen a continuación:

- *Características diagnósticas*

Tener en cuenta los criterios diagnósticos: explorar la presencia de una extrema restricción alimentaria que conlleve una importante pérdida de peso no reconocida por la persona, en el caso de la anorexia nerviosa, y la presencia de episodios recurrentes de atracones que se compensan con conductas purgativas, en el caso de la bulimia nerviosa. Explorar subtipos purgativos en ambos diagnósticos. Evaluar la intensidad y gravedad de los síntomas y la interferencia que está produciendo el problema. Con respecto al diagnóstico y el diagnóstico diferencial tener en cuenta la exploración física, la valoración médica y la valoración nutricional. Determinar el grado de consciencia del problema y su nivel de motivación para el cambio.

- *Características centrales del problema: Área alimentaria*

Explorar los patrones alimentarios (por exceso, por defecto). Obtener un análisis detallado de

un día promedio. Analizar sus pensamientos y actitudes ante la comida. Explorar la presencia de conductas compensatorias dirigidas a la pérdida de peso (vómitos, purgas, ejercicio, dietas). Evaluar creencias distorsionadas y desadaptativas con respecto a la alimentación y presencia de pensamientos intrusivos sobre comida. Identificar estresores que exacerben los síntomas de la alteración alimentaria. Topografía (antecedentes y consecuentes) de la conducta de comer, del atracón y de las conductas compensatorias.

- *Características centrales del problema: Área de la imagen corporal*

Evaluación de las actitudes, creencias y sentimientos que despierta el propio cuerpo. Valoración que la persona da al aspecto físico. Creencias sobre el significado del cuerpo y su funcionamiento. Creencias sobre el control del peso y del cuerpo. Presencia de la idea sobrevalorada de adelgazar. Identificar estresores que exacerben los síntomas de la alteración de la imagen corporal. Topografía (antecedentes y consecuentes) de los comportamientos anómalos que se producen (evitación, comprobación, conductas de seguridad). Evaluación de la distorsión perceptiva de la imagen corporal.

- *Comorbilidad. Psicopatología asociada*

Evaluación de síntomas o de ansiedad y afectivos. Evaluación de otros trastornos: afectivos, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, falta de control de impulsos, etc. Presencia de rasgos anómalos de personalidad o de trastornos de personalidad: límite, histriónico, obsesivo-compulsivo y dependiente. Valorar si los trastornos comórbidos anteceden o son concomitantes al cuadro alimentario. Valorar el grado de riesgo y de peligro que puede experimentar la persona debido a sus síntomas psicológicos: evaluar ideación suicida, y el impulso a dañarse o mutilarse.

- *Historia psiquiátrica*

Evaluar los episodios previos del trastorno alimentario y la respuesta que obtuvo al tratamiento. Es muy frecuente que una anorexia nerviosa previa se complique con una bulimia nerviosa actual.

- *Historia del desarrollo e historia psicosocial*

Historia familiar de trastornos mentales, tratamientos, hospitalizaciones, etc. En la patogénesis del trastorno es frecuente encontrarse ciertos hitos en la historia de los pacientes. Explorar la historia de burlas debidas al aspecto físico, la existencia de abuso psicológico, físico o sexual, episodios de separación, pérdidas, relaciones conflictivas con los padres, y presencia de períodos de conflicto entre las necesidades de apego e independencia.

- *Área familiar*

Evaluar antecedentes familiares sobre trastornos alimentarios, obesidad, y otros trastornos. Explorar las actitudes familiares ante el aspecto físico y la comida, ejercicio, etc. Evaluar la dinámica familiar, la comunicación existente entre sus miembros. Evaluar la comprensión que tiene la familia sobre el trastorno que padece su pariente. Valorar qué recursos tiene la familia para facilitar la mejoría del paciente.

Tabla 4.1.1 Áreas de Evaluación en los Trastornos Alimentarios (Perpiñá et al., 2006).

Las estrategias de evaluación con las que contamos para poder diagnosticar un trastorno de la conducta alimentaria son varias: entrevistas, auto-informes, auto-registros y escalas, y medidas conductuales. Por otro lado, la exploración física también se convierte en una herramienta importante para el diagnóstico, pudiendo ser realizada en la misma situación de entrevista inicial con una serie de preguntas y un atento examen visual (Perpiñá et al., 2006).

1. EXPLORACIÓN FÍSICA

La inspección física de la persona aquejada es necesaria para establecer algunos de los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios. A veces, la mera inspección visual nos puede alertar del estado de la persona.

Uno de esos criterios es el peso. La evaluación del peso corporal es especialmente importante para diagnosticar a los pacientes con trastornos alimentarios y para establecer objetivos de terapia nutricional. La inspección visual nos puede dar información pero, afortunadamente, contamos con técnicas muy sencillas para tener una información más fiable del estatus del peso de la persona.

El procedimiento más habitual es comparar el peso del individuo con lo que debería pesar según su edad y talla, es decir, su peso ideal, el cual se obtiene consultando las tablas estandarizadas, como por ejemplo las de la *Metropolitan Life Foundation* (1983), una de las más utilizadas. La utilización de las tablas es útil como criterio normativo, sin embargo, no es un buen indicador del tejido adiposo, que es en realidad lo que se pretende medir.

El peso es una combinación de la grasa corporal, el esqueleto y los órganos internos y, por tanto, es necesario que el tejido adiposo tenga una valoración precisa. Hay diversos métodos para su cálculo, si bien son dos los que más garantías ofrecen: el Índice de Masa Corporal –IMC– (Body Mass Index –BMI–) y la técnica del pliegue cutáneo. El Índice de Masa Corporal de Quetelet (IMC) parece ser el más válido para calcular la grasa corporal. Se calcula dividiendo el peso (en kilos) entre el cuadrado de la altura (en metros):

$$\text{IMC} = \text{kg} / \text{metros}^2$$

Las pautas para clasificar a los individuos basadas en el IMC varían algo, sin embargo, pueden ofrecerse unos rangos ya establecidos que se presentan a continuación en la Tabla 4.1.2.

IMC	Nivel de peso
> 40	Obesidad mórbida
35-40	Obesidad importante
30-35	Obesidad
25-30	Sobrepeso
20-25	Peso normal
18-20	Bajo peso, desnutrición moderada
16-18	Bajo peso, desnutrición grave

Tabla 4.1.2 Índice de Quetelet (Williamson, 1990)

Beumont, Al-Alami y Touyz (1988) sugirieron que, en combinación con otros datos clínicos y de historia, un valor de IMC igual o inferior a 16 puede ser un criterio muy útil de anorexia nerviosa.

En esta exploración física, también es conveniente fijarse en el estado de la piel: presencia de lanugo, deshidratación, edemas o cianosis (coloración azulada). En pacientes con bulimia nerviosa (o en su caso con episodios bulímicos seguidos de vómitos), nos podemos encontrar con el “signo de Russell”, es decir, callosidad en el dorso de la mano producido por el roce de los dientes incisivos al provocarse el vómito con los dedos.

En pacientes que llevan ya tiempo con el trastorno, también es frecuente encontrar hipertrofia de las glándulas parótidas. El estado dental del paciente nos puede ayudar a detectar signos del ciclo atracón/purga, ya que producen erosiones dentales y caries.

2. ENTREVISTAS

La entrevista clínica es un instrumento insustituible a la hora de recabar información. El entrevistador estructura las preguntas y el orden en el que van a ser enunciadas, escucha atentamente lo que se dice y lo que no se dice, anota las reacciones de la persona diagnosticada con un Trastorno de la Conducta Alimentaria durante la entrevista (Baños y Perpiñá, 2002). Una entrevista completa debe recoger los siguientes puntos:

- *Descripción del problema.* Evaluación de los síntomas y de su gravedad; qué le sucede, cómo y dónde le sucede, el lugar y las circunstancias en las que aparece el problema o lo exacerban, si existen acontecimientos inmediatos que lo precipitan, etc.
- *Historia y evolución del problema.* Desde cuándo le sucede, tipo de comienzo (insidioso, brusco), si existe relación con algún acontecimiento vital, la progresión y el curso del problema, etc.
- *Problemas mentales anteriores.* Información sobre otros episodios de problemas mentales previos, cronología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y resultado. Determinar si el episodio actual tiene semejanzas con episodios anteriores.
- *Historial médico.* Señalar especialmente aquellas características que tengan relación con los síntomas o que puedan interferir con el tratamiento. También se ha de explorar el uso de sustancias (legales e ilegales).
- *Historia personal (anamnesis).* Destacar los acontecimientos biográficos importantes en el desarrollo vital. Se debe dar una especial atención a las siguientes áreas: familiar, académica, laboral, social, sexual y tiempo libre. También se ha de recoger información sobre las condiciones de vida actuales: con quién vive, red social, etc.
- *Antecedentes familiares.* Historia familiar de trastornos mentales, tratamientos, hospitalizaciones, etc.
- *Personalidad.* Conocer cómo era la personalidad previa al inicio del problema y evaluar si ha habido un cambio drástico, así como las actitudes hacia los demás en sus relaciones. Explorar el concepto que de sí mismo tiene la persona y cómo reacciona ante situaciones estresantes. Valorar si existe discrepancia entre la visión que el paciente da de sí mismo y la que dan los demás de él.

Tabla 4.1.3 Entrevista Clínica: áreas a cubrir (Perpiñá et al., 2006).

Al consistir la entrevista en un acto de comunicación e interacción, a veces, es el único método que puede revelar claramente las contradicciones típicas de unas personas que, por las características de su patología, no tienen conciencia de enfermedad, muchos de sus síntomas son egosintónicos, y tienden a ocultar la verdad de sus actos, o la gravedad en la que se encuentran. Este falseamiento es más difícil de descubrir con otra clase de técnicas, como los auto-informes, y aunque puede ocurrir en la entrevista, esta estrategia da oportunidad al clínico de reformular sus preguntas de manera menos obvia, dejarlas para otro momento más propicio de la entrevista, o hacer varias preguntas que rastreen un problema sobre el que no se ha logrado obtener una respuesta fiable.

Por otra parte mediante la entrevista se establecen los primeros vínculos entre terapeuta y la persona afectada del TCA. A través de ella, el clínico se gana y transmite la confianza de una persona que, en mayor o menor medida, se resiste a pedir ayuda. Así, el entrevistador ha de explorar los sentimientos y las actitudes con los que viene a consulta, con el fin de sopesar su grado de voluntariedad. Normalmente, en el caso de la anorexia, las personas afectadas son reticentes a venir a consulta debido a su ausencia de conciencia de enfermedad y suelen acudir presionados por su familia.

Igualmente hay que averiguar si alguien más es conocedor de sus problemas con la comida para saber nuestros límites de confidencialidad, y la necesidad de intentar ampliar el círculo de personas que puedan ayudar en un momento dado.

Dentro de las entrevistas, es importante reflejar cuatro áreas: peso, hábitos alimentarios, área social y autoestima.

Dentro del área del peso, se recopila información desde el pasado hasta el momento presente, de tal forma que se pueda hacer un gráfico de las oscilaciones habidas en el peso hasta el momento actual y su relación con determinados acontecimientos vitales. Se exploran actitudes hacia el peso y el cuerpo, el interés en perder kilos, lo central que es esta idea en la vida de la persona, y la actitud que los demás han tenido y tienen con respecto al aspecto físico y, más concretamente, al suyo. Con todo esto, el clínico ha de evaluar muy especialmente la existencia de la idea sobrevalorada de adelgazar, es decir, sopesar el impacto y la importancia que tiene el aspecto físico en la vida de la persona aquejada del trastorno alimentario, así como lo que está dispuesta a hacer para mantener un bajo peso y lo que supondría su ganancia.

En segundo lugar, el área de los hábitos alimentarios tiene por objeto conocer los patrones alimentarios pasados y actuales de la persona aquejada, incluyendo en este apartado preguntas sobre su modo de comer, presencia de atracones, tanto objetivos como subjetivos, y las posibles conductas compensatorias como el vómito y el uso de purgantes.

En tercer lugar, se evalúa el impacto que el problema está teniendo en el área social y de relaciones interpersonales. A parte de otros problemas más profundos, es habitual encontrarse con que estas personas dejan de salir con sus amigos y conocidos, sobre todo en aquellas circunstancias que impliquen comida (p.ej., salir a cenar) o exhibir el cuerpo (p.ej., ir a la playa).

Por último, incluimos un apartado que explora aspectos de autoestima y de la propia valoración que tiene la persona de sí.

3. AUTOINFORMES

Son varios los autoinformes con los que se cuenta para valorar diferentes signos característicos de los trastornos de conducta alimentaria (TCA). Algunos de los más relevantes son los siguientes:

3.1. *The Eating Attitudes Test –EAT-* (Test de Actitudes Alimentarias) (Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr y Farfinkel, 1982).

El objetivo de este instrumento es evaluar la presencia de actitudes y conductas asociadas con la anorexia nerviosa, especialmente aquellas relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso a adelgazar y los patrones alimentarios restrictivos.

La estructura factorial del EAT revela 7 factores: preocupación por la comida, imagen corporal por la delgadez, vómitos y abuso de laxantes, hacer dieta, comer lento, comer clandestino y presión social percibida por ganar peso (Garner y Garfinkel, 1979).

Las puntuaciones altas son indicativas de presencia de síntomas, pero no necesariamente de un diagnóstico de anorexia. Según sugieren los autores, la puntuación de corte que identifica actitudes y comportamientos alimentarios alterados es de 30.

3.2. *The Eating Disorders Inventory –EDI-* (Inventario de Trastornos Alimentarios) (Garner, Olmsted y Polivy, 1983).

Auto-informe diseñado para evaluar las características cognitivo-conductuales tanto de la anorexia nerviosa como de la bulimia nerviosa y construido desde una perspectiva multidimensional.

Cuenta con 8 escalas. Las tres primeras (I.-Motivación para adelgazar, II.-Bulimia y III.-Insatisfacción Corporal) evalúan actitudes y comportamientos típicos de la anorexia y bulimia nerviosas; es decir, la psicopatología alimentaria. Las cinco escalas restantes (IV.- Ineficacia, V.-Perfeccionismo, VI.-Desconfianza interpersonal, VII.-Consciencia interoceptiva y VIII.-Miedos a la madurez) se centran en características psicopatológicas muy representativas de los trastornos alimentarios.

Se puede utilizar una puntuación global del cuestionario, si bien da más información el manejar las puntuaciones parciales de las subescalas.

El EDI-2 (Garner, 1991) es una ampliación del EDI con tres subescalas más: Ascetismo, Control de impulsos, e Inseguridad Social. La escala de Ascetismo evalúa la tendencia de la persona a la consecución de determinados valores como la autodisciplina, el sacrificio o el control de las necesidades biológicas. El Control de impulsos se centra en la dificultad para controlar los mismos así como, la hostilidad, la tendencia al abuso de drogas y la autodestrucción. La escala de Inseguridad social mide la creencia de la persona a considerar las relaciones sociales como peligrosas, insatisfactorias e inseguras.

3.3. *Bulimic Investigatory Test Edinburgh –BITE* (Test de investigación en bulimia de Edinburgo) (Henderson y Freeman, 1987).

El BITE evalúa la presencia y características cognitivas y comportamentales de atracones y bulimia. Fue diseñado para detectar la presencia de episodios de atracones y su gravedad en todo tipo de población, independientemente de su diagnóstico. Según los autores, es capaz de diferenciar a aquellas personas que sufren estos episodios en función de la sintomatología bulímica; más aún, puede diferenciar el subtipo bulímico de la anorexia nerviosa.

La puntuación total se compone del sumatorio de dos subescalas, la escala de Síntomas, (30 ítems dicotómicos) y la escala de Gravedad (3 ítems formato Likert) entendida como frecuencia de los atracones y de las conductas purgativas.

Una puntuación combinada entre las dos escalas de 25 o más es un indicador de la presencia de una alteración grave en el patrón alimentario y se puede empezar a considerar la posibilidad de un diagnóstico de bulimia nerviosa.

3.4. *Bulimia Test –BULIT-* (Test de Bulimia) (Smith y Thelen, 1984), y el test de Bulimia revisado (BULIT-R, Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith, 1991).

La finalidad de este autoinforme, en su primera versión, era medir los síntomas especificados en los criterios del DSM-III para la Bulimia. Los ítems cubren cuestiones sobre atracones, conductas purgativas, afecto negativo y fluctuaciones en el peso.

El BULIT consta de seis factores: vómitos, atracones, sentimientos negativos sobre los atracones, problemas menstruales, preferencia por comida hipercalórica y de fácil consumo, y fluctuaciones del peso.

Dado que el objetivo de este cuestionario es la evaluación de los síntomas de bulimia, las puntuaciones altas indicarían la presencia de características del cuadro bulímico, si bien nunca un diagnóstico. La puntuación de corte planteada por los autores es de 102.

Tras la versión inicial, el equipo de Thelen (1991) desarrolló el BULIT-R para actualizar los ítems a los criterios del DSM-III-R de la bulimia nerviosa.

4. AUTORREGISTROS Y ESCALAS.

Para los Trastornos de la Conducta Alimentaria contamos con numerosos autorregistros que nos pueden ser de utilidad para valorar los hábitos alimentarios de las personas diagnosticadas con estas patologías. Algunos de los más relevantes son los siguientes:

4.1. Autorregistro de ingesta.

La información que se debe registrar en este caso es la cantidad y tipo de comida que ingiere, sus pensamientos y estado de ánimo antes y después de la ingesta, la cantidad de hambre y, en general, las circunstancias ambientales que están rodeando a su conducta alimentaria.

4.2. Escala de comer emocional.

Arnou, Kenardy y Agras (1995) idearon La Escala de Comer Emocional (EES). Se trata de una escala que permite un análisis más detallado de la relación entre estado de ánimo negativo y trastornos alimentarios.

4.3. Conductas de comprobación.

Durante la entrevista previa del psicólogo en prácticas el usuario hizo referencia a la necesidad de pesarse en una báscula para poder comprobar los cambios que experimenta su peso tras el ayuno que lleva a cabo de vez en cuando y los atracones que realiza en momentos de ansiedad o cuando no puede controlar el hambre después de saltarse una o más comidas.

Previamente a la entrevista, el equipo del recurso del CRIS informa al psicólogo en prácticas que, durante un tiempo, C.O. demandaba continuamente pesarse, por lo que finalmente se optó por prohibirle la posibilidad de hacerlo en el centro. C.O. confiesa que, actualmente, suele pesarse en farmacias para seguir controlando su peso.

Por tanto, con la información recogida, será necesario establecer un registro de la necesidad de pesado de C.O., con el objetivo de establecer una pauta sobre la motivación que le lleva a realizar tal conducta.

TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Según la reciente Guía de Práctica Clínica publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Grupo de trabajo de la GPC sobre TCA, 2009), los objetivos del tratamiento de los TCA son: 1. Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional; 2. Tratar las complicaciones físicas; 3. Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos; 4. Modificar/mejorar las disfunciones previas o adquiridas a consecuencia de los TCA; 5. Tratar

los trastornos asociados; 6. Conseguir el apoyo familiar de la persona afectada del TCA y 7. Prevenir las recaídas.

Para la intervención en Anorexia Nerviosa, lo primero que hay que considerar es el trabajo de su motivación, dada la poca conciencia de enfermedad y su resistencia al cambio. También hay que centrarse en la estabilización nutricional y del peso, lo cual produce una mejora sustancial en el estado general del paciente. Por lo que respecta a los procesos de cambio en la sobrevaloración del cuerpo, su manejo de la comida y funcionamiento psicosocial general, lo que indican los estudios es que para los pacientes de menor edad, la terapia familiar es la alternativa más eficaz, mientras que para los jóvenes adolescentes, la terapia cognitivo-comportamental es la técnica de elección, aunque no es tan efectiva como en el caso de la BN. Con respecto a la farmacoterapia, no hay ningún fármaco que sirva para tratar su sintomatología principal (Fairbrun y Harrison, 2003).

Para la BN, el tratamiento de elección es la terapia cognitivo-comportamental; es eficaz en el 50% de los casos y consigue sus efectos más rápidamente que la terapia interpersonal. Los fármacos antidepresivos producen una disminución en la frecuencia de los atracones y las purgas, y una mejora en el estado de ánimo, sin embargo su efecto no es tan relevante como el que se obtiene con la terapia cognitivo-conductual y en el seguimiento no se mantienen sus resultados (Fairburn y Harrison, 2003).

TRATAMIENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC).

El empleo de la Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para los trastornos de la conducta alimentaria deriva directamente de la primera formulación realizada por Fairburn y publicada en un manual de terapia en la década de los ochenta (Fairburn, 1981).

La TCC se basa en un modelo cognitivo que explica qué es lo que mantiene el trastorno de la conducta alimentaria (Fairburn, 1997): “La presión social centrada en la delgadez femenina, provoca una sobrevaloración del peso corporal y la figura. Esto lleva a las mujeres a realizar dietas restrictivas para conseguir esa delgadez, método que les hace física y psicológicamente susceptibles de sufrir periodos de pérdida de control sobre la comida, llamados atracones. La forma de compensar los efectos del atracón es el vómito y otras formas extremas de controlar el peso. El vómito ayuda a mantener el atracón al reducir la ansiedad que experimenta la persona, ansiedad provocada por el posible aumento de peso tras el atracón. Asimismo, el vómito altera las señales interoceptivas que regulan la ingesta de comida indicando saciedad. En este sentido, atracón y purga provocan distrés y baja autoestima, y además, fomentan de manera recíproca las condiciones que inevitablemente conducirán a la persona a llevar una dieta más restrictiva y tener atracones. El tratamiento se dirige directamente a reducir el patrón restrictivo de comida, en favor de un patrón alimentario normalizado, desarrollando habilidades tanto cognitivas como conductuales para afrontar situaciones de alto riesgo que pueden desencadenar atracones y conductas de purga, así como modificar pensamientos y emociones disfuncionales sobre el significado del peso corporal y la silueta” (Fairburn, Marcus y Wilson, 1993).

Según datos de la APA (American Psychiatric Association, 2000) la TCC es el tratamiento para la BN más investigado y es el que mejor apoyo empírico tiene. La TCC produce mejorías en las cuatro características principales de la Bulimia Nerviosa: atracones, conductas purgativas, dietas restrictivas y actitudes disfuncionales hacia el peso corporal y la figura. Además reduce la psicopatología asociada (como el estado de ánimo depresivo) y está asociada con un buen mantenimiento del cambio tras un año de seguimiento (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson y Kraemer, 2000; Fairburn, Norman, Welch, O'Connor, Doll y Peveler, 1995).

La teoría cognitiva conductual de la bulimia nerviosa ha sido extendida a todos los trastornos alimentarios. Eso es debido a que la anorexia y la mayoría de trastornos alimentarios recogidos bajo la etiqueta de “no especificados” tienen muchos aspectos en común con la bulimia. Todos ellos comparten el mismo síntoma nuclear distintivo y en todos ellos la psicopatología es expresada con las mismas actitudes y conductas (Fairburn, 2008).

SECUENCIALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (Adaptado del protocolo de actuación de la Unidad de Trastornos de la Personalidad PREVI, 1998).

El protocolo de tratamiento para el trastorno de conducta alimentaria, siguiendo el enfoque cognitivo conductual, se divide en tres fases:

FASE I: Construcción de un marco de confianza para la terapia y establecimiento de directrices para el tratamiento.

FASE II: Eliminación de la dieta y cambio cognitivo. Tratamiento de la imagen corporal.

FASE III: Prevención de recaídas.

FASE I: CONSTRUCCIÓN DE UN MARCO DE CONFIANZA PARA LA TERAPIA Y ESTABLECIMIENTO DE DIRECTRICES PARA EL TRATAMIENTO.

Los puntos que se llevan a cabo en esta primera fase son los siguientes:

1. Construcción de una alianza terapéutica positiva.

Uno de los objetivos fundamentales se centra en consolidar una buena alianza terapéutica con el paciente. Esta labor ya la hemos iniciado a lo largo de todo el proceso de evaluación, pero a partir de este punto, dicha alianza es crucial para garantizar la adherencia al tratamiento. Hemos de lograr un alto grado de implicación por parte del paciente, en primer lugar, pues es necesaria su participación activa a lo largo de todo el proceso. El proceso de tratamiento requiere de un trabajo constante en equipo (paciente, terapeuta, familia) de manera que nos garanticemos, en mayor medida, el éxito terapéutico. Asimismo, el terapeuta debe mostrarse flexible, empático, genuino, templado, dar confianza y ofrecer una relación de colaboración con el paciente, fomentando las características activas del mismo.

2. Diferenciar las dos trayectorias de tratamiento (*two tracks*).

El contenido de la terapia puede ser dividido en dos trayectorias. El primer camino se refiere a cuestiones relacionadas con el peso, atracones, vómitos, dieta extrema y otras conductas dirigidas al control del peso.

La segunda vía del tratamiento se refiere a temas psicológicos, como es la autoestima, autoconcepto, autocontrol, perfeccionismo, expresión afectiva, conflictos familiares y funcionamiento interpersonal. Al principio, en la terapia se le debe dar el máximo énfasis al primer *track*, enfatizando la interdependencia entre la función física y mental. El tratamiento va desplazándose progresivamente hacia la segunda trayectoria conforme se va avanzando en los temas relacionados con el peso y la comida.

Hay que hacer consciente al paciente que una forma caótica de comer tiene mucho impacto en el funcionamiento psicológico, por lo que un cierto progreso en el primer *track* debe realizarse para empezar a abordar el segundo *track*.

3. Presentar el razonamiento cognitivo para el tratamiento.

La discusión y la presentación del modelo cognitivo de la bulimia nerviosa deben ajustarse a la motivación actual del paciente. En este momento del tratamiento mostraremos el modelo cognitivo de la BN de manera que el paciente entienda cómo su problema alimentario se mantiene y cómo se puede modificar. Es desaconsejable, en este momento, introducir técnicas para identificar y corregir pensamientos disfuncionales ya que los pacientes son reacios a modificar sus pensamientos: prefieren sus síntomas egosintónicos (el vómito como medio eficaz para controlar el peso) y no se comprometen con el tratamiento. Por todo esto, es aconsejable revelar gradualmente los principios de la TCC en esta fase inicial.

4. Explicar las múltiples funciones de la sintomatología.

Después de una recogida cuidadosa de datos, y de haber explicado al paciente la lógica del tratamiento a través del modelo cognitivo de la bulimia, es útil presentarle un marco conceptual que explique las múltiples funciones adaptativas que tiene la BN. Esto debe comenzar con un análisis funcional de los refuerzos positivos y negativos que probablemente tengan un papel en el mantenimiento del trastorno alimentario.

En ocasiones es útil mostrarle al paciente una formulación personal más abstracta y tentativa del significado personal del trastorno. Si el paciente describe miedos y problemas premórbidos específicos, entonces se puede utilizar esta explicación funcional del trastorno. Si los miedos o problemas son negados, entonces es posible presentar un escenario genérico e hipotético, sugiriendo la naturaleza funcional del trastorno durante su recuperación. Esta aproximación es interesante porque evita una confrontación directa con el paciente, y no da como resultado que el paciente esté a la defensiva, pero al mismo tiempo informa del compromiso terapéutico de dirigirse a los miedos que surgirán en el proceso de recuperación.

5. Conciencia de enfermedad y motivación para el cambio.

Un paso importante en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria es hacer conscientes a las personas afectadas de estas patologías, que la BN es un trastorno serio e incapacitante. Hacerles conscientes del tiempo probable y del curso del tratamiento, de la alta tasa de mortalidad, de la pobre mejoría asociada con un mínimo tratamiento, la común existencia de síntomas residuales psicosociales y complicaciones médicas así como de las más optimistas perspectivas asociadas con un adecuado tratamiento.

- a) Efectos de la dieta sobre los atracones. Educación sobre los efectos de la dieta en la aparición de los atracones y cómo estos se perpetúan.
- b) Empleo de laxantes y diuréticos para controlar el peso. Explicar el hecho de que la gente con problemas de alimentación y preocupadas por su peso y figura llega al uso y abuso de laxantes para deshacerse de toda la comida que ingieren, haciéndoles sentir vacía y limpia por dentro. Es un método menos habitual que el vómito.
- c) Psicoeducación sobre las consecuencias de la BN.

6. Normalización de la ingesta.

En ausencia de un compromiso formal para el cambio en los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria, es útil proceder con experimentos dirigidos a estabilizar un peso, normalizar hábitos y controlar atracones, vómitos o laxantes.

- a) Explicar la necesidad de evaluar el peso corporal. Registrar el peso nos puede servir para enfatizar la interdependencia entre cuestiones psicológicas y fisiológicas. Incluso en pacientes cuyo peso está dentro de la normalidad, cambios en el peso son críticos en la evaluación de procesos cognitivos. Este pesado regular es útil para eliminar patrones obsesivos de comprobación del peso. El peso regular de los pacientes nos permite obtener una valiosa información sobre el estado actual del paciente; debería ser graficado siempre.
- b) Establecimiento de un rango de peso para el paciente. El establecer un rango de peso como una meta en las sesiones iniciales, depende del actual nivel de motivación y compromiso para el tratamiento.

De cara a iniciar una ingesta normalizada se trabajarán los siguientes aspectos:

- a) Introducir los autoregistros y la alimentación planificada con la finalidad de:
 - i. Normalizar el patrón alimentario: la introducción de los patrones de alimentación dependerá del grado de motivación y de compromiso del paciente. Si no hay motivación, esto se deberá tratar previamente. Las prescripciones a seguir serán:
 - i. Comer de forma planificada (5 comidas a lo largo del día).
 - ii. Espaciar las comidas (entre 3.5 y 4 horas entre cada comida).

- iii. Incrementar la cantidad de comida ingerida (la finalidad es no pasar hambre para romper el círculo).
 - iv. Ampliar el rango de comida ingerida (aumentar variedad y calidad de los alimentos).
- b) Eliminación de conductas compensatorias (vómitos/laxantes).
- I. Control de estímulos: Este es otro objetivo que se persigue con la elaboración de los auto-registros. El auto-registro nos va a permitir hacer análisis funcionales de manera que podamos identificar la relación entre: situación – pensamiento – emoción – comida.

7. Interrumpir el atracón y el vómito.

Entendido el círculo dieta-atracón-vómito, a través del auto registro de la persona afectada, analizaremos qué es lo que provoca el atracón.

Resulta relevante identificar ante qué situaciones o estímulos suele reaccionar recurriendo a la comida en forma de atracón. El objetivo es reducir estos atracones para conseguir eliminarlos de la rutina diaria.

8. Psicoeducación:

Métodos ineficaces para controlar el peso (Basado en Fairburn, 1995):

Se trabajará de manera individualizada con el paciente, los siguientes aspectos:

- a) La ineficacia de las dietas. Se trata de proporcionar información veraz al paciente, extraída incluso de artículos de divulgación científica, de manera que pueda contrastarla con las propias ideas que tiene acerca de las dietas.
- b) Purgas (vómitos y laxantes). Hacer hincapié nuevamente en la capacidad de las purgas para perpetuar el atracón y explicar las posibles consecuencias de este método de control del peso.

Teoría del “set point” / Tasa metabólica:

Igualmente, se ofrecerá información veraz al paciente sobre los diferentes factores que determinan las fluctuaciones naturales del peso (hora del día en la que se realiza el pesado, estilo de vida, báscula que empleamos, etc.), para justificar el hecho de que tenemos un rango de peso. Asimismo, se le explicará el mecanismo mediante el cual nuestro organismo logra mantener el peso de manera estable (dentro de un rango natural) y cómo influye el hecho de reducir o aumentar la ingesta sobre nuestro peso. Otro concepto a trabajar en este punto es el del índice de masa corporal (IMC).

Facilitar esta información nos va a permitir enlazar reducción / descontrol alimentario con consecuencias de los TCA.

Nutrición:

De forma paralela a la intervención psicológica en la que se sigue trabajando sobre el cambio del patrón alimentario, el paciente participa en talleres dirigidos por enfermería en los que se trabajarán aspectos tales como:

- ✓ Importancia de los nutrientes.
- ✓ Cuatro grupos de alimentos.
- ✓ Cambios en los requerimientos de energía.
- ✓ Distribución de la proporción de nutrientes.
- ✓ Balance energético. Gasto metabólico necesario.
- ✓ Elaboración de menús.

Existe un módulo específico en el que se explica con detenimiento la intervención en los TCA desde el punto de vista de enfermería.

9. Introducción de los alimentos.

Como último paso para la normalización completa de la ingesta, el paciente realizará un listado de los diferentes alimentos que, todavía, evita comer por el miedo que le generan, dadas las creencias que tiene acerca de ellos. La finalidad es ir introduciéndolos de manera gradual y siguiendo el ritmo del paciente.

INTERVENCIÓN FAMILIAR

Por lo que respecta a la familia, en esta primera fase se trabajarán los siguientes aspectos:

1. Establecer el grado de implicación familiar.

Es muy importante en este momento, sentarse con la familia para, igual que hemos hecho con el paciente, explicar el diagnóstico y plan de tratamiento. Asimismo, los padres necesitan ser escuchados y “descargarse” a nivel emocional. Es esencial desculpabilizar a los familiares.

A partir de este punto, el trabajo en equipo es fundamental para el buen funcionamiento del tratamiento. Es necesario transmitir a los padres y que éstos entiendan la necesidad de trabajar todos en la misma dirección de manera que no se transmitan ideas contradictorias al paciente y facilitemos entre todos la consecución de los objetivos terapéuticos. En este sentido, a partir de este momento, el trabajo con la familia ocurrirá de forma paralela al trabajo con el paciente.

El papel de la familia va a consistir fundamentalmente en:

- ✓ Informarse y conocer el problema del paciente.
- ✓ Apoyar en todo el proceso de recuperación, acompañando emocionalmente y de manera constante al paciente a lo largo de todo el proceso.

- ✓ Evolucionar al mismo tiempo que evoluciona el paciente (adquirir nuevas normas, hábitos, técnicas de afrontamiento, etc.).
- ✓ Actuar como factor preventivo, protector, proporcionándoles pautas básicas de funcionamiento familiar y actitudes necesarias ante los comportamientos inadecuados que el paciente pueda presentar.
- ✓ Solucionar las crisis cuando surjan.
- ✓ Corregir conductas relacionadas con el TCA, para lo cual a los familiares, se les darán pautas muy concretas sobre modificación de conducta.
- ✓ Reforzar los logros que el paciente va consiguiendo.
- ✓ Alentar ante los posibles obstáculos que surjan durante el proceso de recuperación.

Para ello, es necesario generar conciencia de enfermedad en la familia, es decir, que la familia entienda en qué consiste el TCA (lo que más preocupa a los padres es que sus hijos no coman y pensar que un TCA consiste en dejar de comer o vomitar es contar con una visión muy limitada del problema. Hay que explicar a los padres que el patrón alterado de alimentación no es lo más grave de la enfermedad y que, además, es lo más “fácil” de modificar, sino que ese patrón alimentario es el “síntoma” o reflejo de algo más grave que le está ocurriendo a su hijo y que, esa es la forma que él ha aprendido para hacerle frente); que los familiares entiendan el problema alimentario como una enfermedad grave que se puede cronificar; proporcionar herramientas a los padres de manera que ellos se sientan fuertes ante el problema que presenta su hijo; comprender la función que la enfermedad está desempeñando en la vida del paciente; proporcionar todas las armas necesarias para poder “acompañar” y respaldar al paciente a lo largo de todo el tratamiento. Es por ello que, de forma paralela al trabajo con el paciente, también trabajaremos con los padres.

A lo largo de todo el proceso de tratamiento y, de forma paralela a las sesiones con el paciente, iremos citando a la familia con las siguientes finalidades:

- ✓ Escuchar y confirmar información.
- ✓ Pautas para enseñar al paciente a:
 - Encontrar otras formas de hacerle sentir seguro y bajo control: aceptación incondicional y cariño.
 - Encontrar otras formas de mostrar y enfrentarse a la angustia.
- ✓ Pautas de modificación de conducta dirigidas a extinguir las conductas y actitudes relacionadas con el trastorno alimentario y reforzar los nuevos hábitos adquiridos, así como los existentes previamente y que pasaban desapercibidos.

FASE II: TRATANDO LA SOBREALORACIÓN DEL CONTROL DEL PESO, FIGURA Y COMIDA.

En esta fase van a tratarse los mecanismos que están manteniendo el trastorno:

- Sobrevaloración del peso y la figura.
- Sobrevaloración del control sobre el peso.
- Contención dietética: control exagerado de lo que come.

- Restricción dietética: comer poco.
- Bajo peso.
- Cambios en la ingesta debidos a acontecimientos o a estado de ánimo.

Sobrevaloración del peso y la figura y del control del peso.

Es preciso identificar la sobrevaloración del peso y sus consecuencias. Se trata de realizar una lista de áreas que son importantes para la persona y jerarquizarlas en función de los relevantes que son para ella.

Entrenamiento en habilidades para la solución de problemas

El atracón suele ser desencadenado por una amplia variedad de eventos entre los que se incluyen pensamientos específicos, emociones negativas y estresores interpersonales. La terapia cognitivo conductual está diseñada para permitir al paciente el aprendizaje de estrategias de afrontamiento tanto cognitivas como conductuales, para hacer frente a estas situaciones / eventos sin necesidad de recurrir a estrategias desadaptativas como son el atracón o al vómito. Una de estas estrategias es la técnica de solución de problemas.

Otro tema importante es el de cambiar la sobrevaloración del peso y la figura. Para ello, se debe evaluar e intervenir en las conductas repetitivas de verificación de la figura y las de evitación a causa de la apariencia.

Para llevar a cabo una correcta evaluación de las conductas repetitivas de verificación, como tocarse los brazos o los muslos, comprobar que se nota los huesos del escote, probarse ropa antigua para comprobar si le entra o pesarse muy a menudo (aunque este comportamiento ha sido valorado y trabajado en etapas anteriores, aquí puede repasarse y observar qué efecto ha tenido en su estado de ánimo el haber dejado de pesarse). El método que se utiliza es el del auto-registro. En el que ya anota lo que come y bebe, se añade una columna acerca de las conductas de verificación.

Una vez se han recogido algunos auto-registros, puede procederse a analizar qué efectos tiene en su estado de ánimo, en su conducta, en su satisfacción personal, la verificación llevada a cabo. El paso siguiente es el de reducir o dejar de hacer verificaciones acerca de su cuerpo y observar qué resultado tiene en su bienestar.

Cambios en la ingesta debidos a acontecimientos o a estados de ánimo.

En un primer momento se buscará detectar en los auto-registros la influencia de determinados acontecimientos sobre la alimentación, a fin de analizarlos.

- Enfrentarse de manera proactiva a los acontecimientos desencadenantes a través de la solución de problemas.
- Desarrollar métodos funcionales de modulación del estado de ánimo.

A continuación, deberá entrenarse al paciente en prevenir estas situaciones con solución de problemas, o a reaccionar emocionalmente de manera más adecuada.

Las emociones pueden controlarse (enseñar métodos de control emocional), pueden contemplarse sin reaccionar o se pueden utilizar recursos distractores como música, comunicarse con otras personas, hacer ejercicio físico, tomar un baño, una ducha fría o yendo al cine.

FASE III. TERMINAR BIEN.

Prevención de recaídas.

Es tan importante terminar bien como empezar bien.

A las personas que han sufrido un trastorno alimentario no puede asegurárseles que una vez haya finalizado la terapia estarán “curadas”, en el sentido corriente del término. Probablemente, toda su vida serán personas sensibles a la ingesta de determinado tipo de comida y a la preocupación por la figura, pero esto no quiere decir que no puedan vivir felizmente ni implica que puedan padecer de nuevo el trastorno. De todos modos, es necesario ser conscientes de ello, puesto que ante una situación estresante pueden sentirse tentadas a recurrir a los viejos métodos del trastorno.

Dentro del tratamiento ya se enseñan un conjunto de técnicas que permitan valorar las situaciones especialmente conflictivas y prepararse con antelación.

Además, se recomiendan una serie de precauciones a tener en cuenta para prevenir las recaídas. Desde PREVI (1998) se hace especial hincapié en plasmar las siguientes pautas:

1. Reflexionar sobre tu situación actual. Algunas técnicas terapéuticas te van bien y otras no tanto. Escoge las que te sean especialmente útiles.
2. Empieza de nuevo el auto-registro.
3. Haz 4 o 5 comidas al día, sin saltarse ninguna.
4. Planifica tu tiempo de manera que no te quede mucho tiempo libre, pero que tampoco andes ajetreado. Decide qué y dónde vas a comer.
5. Identifica los momentos en que sea más fácil realizar atracones y búscate actividades incompatibles, como estar con amigos, bañarte o relajarte.
6. Si piensas mucho en el peso, procura no pesarte más de una vez por semana o ni siquiera una. Recuerda lo que has aprendido sobre el peso, qué es un peso normal, y las correcciones que puedes hacer sobre estos pensamientos.
7. Si comienzas a pensar mucho en tu peso o figura, si empiezas a sentirte gordo y las cosas van mal, tal vez te sientes deprimido o ansioso. Trata de utilizar la técnica de resolución de problemas, porque puede ayudarte a identificar tu problema y a escoger alternativas positivas.
8. Si es posible, confíate a alguien.
9. Ponte metas reales y felicítate por cada progreso obtenido aunque sea modesto.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

El tratamiento farmacológico para los Trastornos de la Conducta Alimentaria se orienta hacia el estado de ánimo, ansiedad, autoestima y de la comorbilidad psiquiátrica si la hubiere.

Es bastante frecuente que las personas con estas patologías reciban un tratamiento a base de antidepresivos. Este tipo de fármacos se utilizan para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, debido a que muchos de estos pacientes también sufren de trastornos del estado de ánimo. En general, los pacientes que toman antidepresivos evolucionan mejor que los que han tomado un placebo. De manera relativamente sorprendente, los antidepresivos parecen disminuir la frecuencia de los atracones, a la vez que mejoran el estado de ánimo de los pacientes, y sus preocupaciones respecto a su tipo y su peso (Walsh, 2002).

Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, los fármacos antidepresivos, aunque producen una disminución en la frecuencia de los atracones y las purgas, y una mejora en el estado de ánimo, sin embargo su efecto no es tan relevante como el que se obtiene con la terapia cognitivo-conductual y en el seguimiento no se mantienen sus resultados (Fairburn y Harrison, 2003), por lo que el mejor tratamiento para la bulimia es la terapia cognitivo-conductual.

4.2. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO SEXUAL.

EVALUACIÓN PARA EL TRASTORNO SEXUAL.

Como se deriva de la amplia muestra de factores tanto de tipo médico como de tipo psicológico que pueden estar implicados en la etiología o en el mantenimiento de las disfunciones sexuales, la evaluación de este tipo de trastornos debe ser lo suficientemente comprehensiva y global como para asegurar la exploración de todos ellos.

El primer aspecto a conocer en la evaluación de las disfunciones sexuales es la influencia de factores orgánicos y/o psicógenos en la disfunción. A diferencia de la visión tradicional que planteaba la dicotomía etiología orgánica vs psicógena en los diferentes trastornos, LoPiccolo (1992), Rosen y Leiblum (1992) y Bancroft (1992) sugieren que los factores orgánicos y psicológicos deben ser considerados en la evaluación de las disfunciones sexuales como dos dimensiones separadas aunque relacionadas entre sí a lo largo de las cuales se sitúa cada individuo (Ballester y Gil, 1994).

La importancia de tener en cuenta en la evaluación de las disfunciones sexuales tanto los aspectos orgánicos como los psicológicos es recogida por Friedman, Weiler, Lopiccolo y Hogan (1982) quienes consideran que se deberían tener en cuenta los siguientes aspectos: historia sexual de cada miembro de la pareja, de su interacción y del impacto de la disfunción o disfunciones; conducta sexual habitual incluyendo interacciones sexuales, comunicación, prácticas que utilizan para llegar al orgasmo; factores actitudinales y cognitivos respecto a la sexualidad y las relaciones sexuales; defensas y prejuicios intrapsíquicos; situaciones interpersonales; incidencia de las disfunciones en las relaciones emocionales; posibles problemas o alteraciones psicopatológicas y, por último, aspectos orgánicos implicados..

Existen algunos indicios que señalan la conveniencia de realizar este tipo de evaluación y que deben ser recogidos en la historia médica y psicológica de la persona aquejada de este tipo de disfunciones (Carnwath y Miller, 1989):

- Síntomas físicos persistentes, además de los relacionados con la disfunción.
- Dolor o malestar persistente durante la actividad sexual.
- Diminución del interés sexual sin causa aparente.
- Ausencia de erección (sobre todo al despertar).
- Edad superior a 50 años en el varón.
- Edad cercana a la menopausia en la mujer.
- Problemas menstruales persistentes.
- Historia de problemas en la pubertad.
- Ansiedad persistente ante la propia imagen.

- Convencimiento de que existe una base física para los problemas.

Por lo que se refiere a la evaluación psicológica de las disfunciones sexuales, el terapeuta puede utilizar técnicas tales como: la entrevista, los auto-informes, la observación y los auto-registros (Sierra, 1996).

- Entrevista.

Como ocurre con la evaluación de otros trastornos, la entrevista constituye el método de evaluación de las disfunciones sexuales por excelencia. Se han desarrollado diferentes modelos de entrevista que implican entrevistas individuales, en pareja, y realizadas por un solo terapeuta o por dos coterapeutas conjuntamente.

En la primera entrevista debe explorarse, en líneas generales, el tipo y naturaleza del problema sexual presentado por la persona o por la pareja, la existencia o no de patologías orgánicas, la existencia de problemas psicológicos que puedan influir en los síntomas sexuales, el estilo de vida general y la calidad de la relación de pareja. Como en todas las primeras entrevistas, es importante explorar cuál es la motivación de la persona para solucionar su problema, así como las expectativas de cambio. Además, como indican Ballester y Gil (1994), la primera entrevista es crucial porque la persona que solicita ayuda suele sentirse bastante incómoda al tener que admitir la existencia de problemas en un área de su vida que forma parte de su intimidad y de la que puede resultarle difícil hablar. El terapeuta debe utilizar este primer contacto para hacer sentir tranquilo al paciente, a través de sus manifestaciones tanto verbales (mensajes tranquilizadores, tono y volumen de la voz...) como no verbales (mirada, gestos, postura corporal...), intentado transmitir la idea de que es usual y frecuente tener problemas en el área sexual, existen modos de solucionar esos problemas y es importante que se dé un clima de confianza entre paciente y terapeuta para que toda la información relevante pueda surgir durante la entrevista. La empatía y la aceptación incondicional del paciente es fundamental porque las disfunciones sexuales suelen ser experimentadas por éste, además de como una manifestación de la ausencia de control sobre su cuerpo, como una verdadera amenaza a su identidad masculina o femenina y por tanto a su autoestima, y un motivo de rechazo por parte de su pareja o de los demás.

Una vez el terapeuta ha obtenido una visión general acerca del problema, hay que proceder a la elaboración de la historia sexual, es decir, la evaluación más específica de la disfunción y de la vida sexual del paciente. Existen diferentes modelos de historia sexual en los que varía el contenido, el orden en que se evalúan diferentes aspectos, el nivel de detalle de la información obtenida y el tiempo dedicado a su elaboración (7 horas en Masters y Johnson, 4 horas en Kaplan...). En general, como explica Carrobbles (1985), *"la historia sexual debe incluir información acerca de la vida sexual de la persona, desde los primeros mensajes recibidos en la infancia, pasando por las primeras relaciones sexuales, hasta llegar al problema actual"* (Carrobbles, 1985).

Respecto a los posibles antecedentes del problema hay que explorar el ambiente familiar en el que se desarrolló la persona, la formación religiosa que recibió, las actitudes de los padres respecto al sexo, las experiencias sexuales tempranas, la información y educación sexual

recibida en la pubertad y adolescencia, las primeras experiencias sexuales (sueños, fantasías, erecciones, menstruación, poluciones nocturnas, masturbación, eyaculación, orgasmos, experiencias homosexuales y heterosexuales, coito y otras experiencias sexuales) y la relación global y sexual con la pareja actual y con otras anteriores.

Y por lo que se refiere a la vida sexual actual hay que explorar las actitudes y creencias actuales respecto al sexo, la conducta sexual (prácticas sexuales, posibles relaciones extramatrimoniales, comunicación con la pareja en torno a estos temas...) y las dificultades concretas que la persona afectada está experimentando y por las que ha buscado ayuda terapéutica (descripción del problema, aparición y curso, percepción acerca de las causas del origen y mantenimiento del problema e intentos previos de solucionarlo).

- Auto-informes.

Como indica Carrobles (1985), su reciente desarrollo en el ámbito de la terapia sexual hace que lleven aparejados pocos estudios de fiabilidad y validez. Los instrumentos más conocidos de los que puede valerse el terapeuta para evaluar tanto aspectos relativos a la información sexual como a las actitudes, comportamiento y relación de pareja son los siguientes:

- Información sexual:
 - Información de conocimientos sexuales (McHugh, 1967).
 - Cuestionario de información sexual (Carrobles, 1985).
 - Cuestionario de evaluación de mitos sexuales (McCary, 1977).
- Actitudes respecto al sexo:
 - Inventario de miedos sexuales (Escala para hombres y mujeres) (Annon, 1975).
 - Inventario de placer sexual (Escala para hombres y mujeres) (Annon, 1975).
 - Inventario de actitudes respecto al sexo (Eysenck, 1970).
- Conducta sexual:
 - Perfil de respuesta sexual (Pion, 1975).
 - Inventario de interacción sexual (LoPiccolo y Steger, 1974).
 - Inventario de ajuste sexual (Stuart, Stuart, Maurice y Szasz, 1975).
 - Inventario de satisfacción sexual (Golombola y Rust, 1985).
- Relaciones de pareja:
 - Cuestionario de intercambio de conductas en la pareja (Serrat, 1980).
 - Inventario de satisfacción matrimonial (Snyder, 1981).
 - Escala de ajuste diádico (Spainer, 1976).
 - Inventario de relaciones de pareja (Stuart y Stuart, 1972).

- Observación.

Existen distintas variantes, desde la observación por parte del terapeuta de algunas demostraciones para conocer con exactitud el comportamiento del paciente, como por ejemplo, sus habilidades de acercamiento a la pareja (Carrobles, 1981): el examen físico de sus genitales (Zussman y Zussman, 1976), la grabación en vídeo de sus experiencias sexuales (Serber, 1974) o la observación por parte de la misma pareja (Masters y Johnson, 1970) o del

terapeuta (Hartman y Fithian, 1972). Sin embargo, en cualquiera de sus modalidades, en mayor o menor grado, la reactividad y en algunos casos, los problemas éticos que se derivan de la observación de la vida íntima de otras personas son los principales obstáculos para la aplicación de esta técnica de evaluación.

- Auto-registros.

Son importantes, tanto en la evaluación inicial del problema, como a lo largo del tratamiento. Constituyen el modo más accesible de que el terapeuta obtenga información acerca de la conducta sexual del paciente o de la pareja, incluyendo por lo general la frecuencia de ciertas conductas, la vivencia de ellas, sus antecedentes y consecuentes. Además, es el mejor modo de que el terapeuta tenga constancia de la realización de las tareas que se prescriben entre las sesiones y del resultado de las técnicas en que se entrena al paciente.

TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO SEXUAL.

Labrador (1994) refiere que a la hora de abordar la evaluación y tratamiento de cualquier disfunción sexual es necesario tener en cuenta los siguientes principios básicos:

1. El desarrollo y mantenimiento de una disfunción sexual es un problema que afecta a una pareja y la forma que ésta tiene de comportarse es la responsable de dicha disfunción. En consecuencia, el objetivo no debe ser modificar las conductas de uno u otro, sino las conductas de ambos, más en concreto las conductas que utilizan en sus relaciones sexuales.
2. Como requisito previo al desarrollo de cualquier programa de intervención específico es necesario prácticamente siempre dar una información y educación sexual adecuada a ambos miembros de la pareja. En muchos casos, esto puede ser suficiente para superar su disfunción, pero en todos es necesario para poder proceder posteriormente al desarrollo de los programas de intervención más específicos.
3. En la mayor parte de los casos es necesario disminuir la ansiedad asociada a la relación sexual o a las actividades sexuales en general. La mejor forma de conseguir reducir esta ansiedad consiste en enseñar a la persona técnicas y habilidades que le permitan controlarla a voluntad. Procedimientos como la relajación, técnicas de exposición o inoculación del estrés pueden ser muy útiles al respecto.
4. El aumento de la comunicación y la mejora en las relaciones generales de la pareja es determinante para conseguir resultados positivos.
5. Los tratamientos deben incluir una parte práctica de entrenamiento en cómo desarrollar las nuevas conductas sexuales más adecuadas para la relación con la pareja (por ejemplo, cómo y cuándo acariciar, posturas para realizar el coito...). También es muy importante el entrenamiento en conductas de relación más social (cómo comunicar interés o afecto, cómo expresar preferencias o negarse a determinadas propuestas...). En general, todas aquellas conductas que se conocen como "habilidades sociales", en especial las dirigidas a relacionarse con personas de distinto sexo (en aquellos casos en los que nuestro paciente

sea heterosexual) o del mismo sexo (en aquellos casos en los que nuestro paciente sea homosexual).

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL.

Los tratamientos de tipo psicológico se centran en la reducción de la ansiedad, junto al aumento de la estimulación genital (Rosen y Leiblum, 1995; Segraves y Althof, 2002).

Uno de los planteamientos que ha demostrado ser de los más completos de los que disponemos en la actualidad viene de la mano de especialistas como LoPiccolo (1988) que encabeza la denominada Terapia Sexual Post-Moderna. Esta terapia constituye una mezcla de terapia cognitiva, teoría de sistemas y psicoterapia individual, introduciendo en sus programas tanto el componente educativo para el incremento de la información sexual y el cambio de actitudes, como la discusión cognitiva de las principales cogniciones irracionales que afectan negativamente al problema (expectativas irreales, autoimágenes negativas, creencias irracionales respecto a las necesidades de la pareja...), el entrenamiento en técnicas sexuales concretas para incrementar la estimulación sexual, la terapia de pareja y la intervención sobre las ganancias secundarias del síntoma.

La mayoría de las terapias sexuales suelen estructurarse alrededor de cinco fases fundamentales:

Fase I: Evaluación y diagnóstico de la disfunción: Implica el uso de distintos instrumentos y técnicas para identificar el problema o problemas y las posibles causas o determinantes de su aparición y mantenimiento. También es momento para identificar conductas sexuales adecuadas y establecer los objetivos de la intervención.

Fase II: Educación e información sobre la sexualidad. Discutir ideas erróneas, ofrecer informaciones precisas, modificar creencias y actitudes, etc. Sólo cuando el cliente dispone de los conocimientos adecuados se pueden establecer definitivamente los objetivos a lograr y proceder a la intervención terapéutica más concreta.

Fase III: Focalización sensorial. Tras la educación, la focalización sensorial es el eje central de la terapia sexual, aplicable en todos los casos. Su objetivo es conseguir que ambos miembros de la pareja identifiquen y tomen conciencia de sus propias sensaciones corporales (sensoriales y sexuales). Frente al intento de “logros” o “realizaciones”, aquí sólo se pretende que las personas aprendan a desarrollar la propia sensibilidad en la relación con la pareja, mediante episodios de exploración alternada del cuerpo de la pareja y caricias mutuas. Para separar más este proceder de la orientación a “logros” sexuales, durante esta fase se prohíbe el coito, a fin de que no se sienta obligado ningún miembro de la pareja a “cumplir”. Además, los episodios de exploración y caricias primero se restringen a zonas corporales no genitales (focalización sensorial) y después se permite ya acariciar genitales y pechos de la mujer (focalización sexual). Es importante concentrarse en identificar y disfrutar de la estimulación que le proporciona la pareja y a su vez aprender a proporcionarla estimulación placentera. Este proceder no sólo enseña a disfrutar de la relación sexual (disfrutar es el objetivo, no “lograr” nada en concreto, como erecciones u orgasmos), sino también a reducir la ansiedad ante estas

relaciones y mejorar la intimidad y comunicación de la pareja. Prácticamente en todos los casos se sigue el procedimiento desarrollado por Masters y Johnson (1970).

Fase IV: Desarrollo de técnicas específicas para cada uno de los trastornos. Esta fase se centra sobre los objetivos más estrictamente sexuales, como nuevas formas de aproximación, uso de fantasías, reducción de la ansiedad de realización, control de respuestas sexuales específicas (vaginismo, eyaculación precoz, etc.).

También implica en muchos casos el trabajo sobre objetivos no estrictamente sexuales, pero sí relacionados con el funcionamiento de la pareja, como mejora de la comunicación o incremento de la intimidad, preparación del ambiente, etc.

Fase V: Evaluación de los resultados. Cuando ya se ha desarrollado la intervención terapéutica se trata de evaluar los resultados, establecer procedimientos para mejorarlos, si fuera necesario, y facilitar el que se mantengan, así como procedimientos para prevenir posibles reapariciones de los problemas.

El abordaje específico para la anorgasmia masculina sigue los siguientes pasos (Kaplan, 1974; Loppiccolo, en prensa; Masters, Johnson y Kolodny, 1982):

- Psicoeducación. Información y reto de expectativas falsas. Uso de técnicas como la reestructuración cognitiva que permita a la persona aquejada de la disfunción sexual poner a prueba aquellas creencias irracionales acerca de las relaciones sexuales.
- Terapia cognitiva respecto a sentimientos de culpabilidad, valores y creencias morales, miedos irracionales respecto al orgasmo, ansiedad de ejecución y excesivo control eyaculatorio.
- Intervención conductual. Técnicas sexuales:
 - Progresiva desensibilización en vivo a la eyaculación intravaginal (presencia de pareja, situaciones distintas, uso de vaselinas).
 - Estímulo que facilite la distracción simultánea respecto a la propia ejecución (fantasías sexuales).
 - Maniobra de puente estimulando manualmente el pene durante el coito.

TRATAMIENTO MÉDICO.

El tratamiento médico comprende aspectos tan diversos como el tratamiento indirecto a través de la patología general que está produciendo la disfunción, como ocurre en el caso de la diabetes o la esclerosis múltiple, y el tratamiento directo de la disfunción, cuando no hay una condición médica general que pueda explicarla, a través de la terapia hormonal, intervenciones quirúrgicas, implante de prótesis, etc. Aunque en estos casos la principal responsabilidad en el tratamiento recae en el equipo médico, la intervención psicológica no deja de ser importante, ya que en muchas ocasiones, el componente orgánico no explica el problema en su totalidad, el paciente se ve afectado psicológicamente por el tratamiento médico (como en el caso de la cirugía) o necesita ayuda para enfrentarse a una decisión que puede tener consecuencias importantes en su autoestima y en sus relaciones de pareja (como en el caso de las prótesis) (Ballester y Gil, 1994).

Se encuentran casos en los que es posible que la eyaculación retardada pueda estar relacionada con problemas fisiológicos, como la esclerosis múltiple, o el consumo de ciertas medicinas. Determinados medicamentos como los antidepresivos, que bloquean la recaptación de la serotonina, parecen ser un tratamiento muy eficaz para la eyaculación prematura. Sin embargo, en otros hombres esos mismos fármacos retrasan o impiden el orgasmo (Ashton, Hamer, y Rosen, 1997; Rosen y Leiblum, 1995). Esos efectos colaterales son bastante frecuentes (Gitlin, 1996), aunque normalmente pueden resolverse mediante otros fármacos (Ashton et al., 1997).

4.3. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RETRASO MENTAL.

EVALUACIÓN DEL RETRASO MENTAL.

Existen muchos enfoques que trabajan en la evaluación de la inteligencia, tomando como punto de partida la observación de las diferencias individuales a la hora de resolver tareas que se plantean, y de ese modo, mediante la observación directa, intentar estudiar este constructo, inobservable directamente.

El enfoque evaluativo-diferencial, al cual pertenece el Test Binet-Simon, el Terman Merrill, y la Escala de inteligencia de Wechsler, es el que cuenta con una mayor trayectoria en el estudio y valoración de la inteligencia. Mediante este enfoque se introducen los conceptos de edad mental y coeficiente de inteligencia (CI), criterios importantes para detectar a los sujetos con retraso mental (González, 2007).

Conjuntamente con los criterios e instrumentos que aportan Binet, Terman y Wechsler coexisten otras posiciones teóricas basadas en el análisis factorial de la inteligencia, y se desarrollan instrumentos de evaluación que permiten consolidar dichas posiciones (González, 2007).

Los ítems que forman los tests individuales de inteligencia son variados, suponen la existencia de procesos intelectuales muy distintos entre sí, que covarían positivamente dentro de cada edad, que presentan cierta continuidad entre edades “mentales” contiguas y que se suponen que, en cada edad, “representan” lo más esencial y característico del funcionamiento de la inteligencia. Este supuesto no se encuentra justificado a nivel empírico y con muestras de niños que presentan un retraso mental (Pelechano y Servando, 1992).

En todo caso, la aplicación de tests de CI debe ser hecha de forma muy cuidadosa y se deben interpretar sus resultados con mucha prudencia. La lógica de la “edad mental” y el desarrollo de la inteligencia se encuentran sometidos a fuertes discusiones, y las críticas de adecuación cultural, representatividad de muestras de conducta y de procesos de pensamiento poseen una gran carga de razón (Pelechano y Servando, 1992).

Una de las escalas más conocidas es la Escala de Inteligencia de Wechsler (1955). Este prueba de inteligencia de CI cuenta con una escala para preescolares (Wechsler Preschool Performance Intelligence Scale, WPPIS), otra para niños en edad de escolarización obligatoria (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC) y una tercera para adultos (Wechsler Adult Intelligence

Scale, WAIS). Las escalas de Wechsler cuentan con una mayor evidencia clínica que la prueba de Terman-Merrill y, en concreto, la disonancia en resultados entre las “escalas verbales” y las de “ejecución” se ha demostrado en repetidas ocasiones muy útil como indicador de la existencia de problemas neurológicos a nivel cortical por lo que, actualmente, las Escalas de Inteligencia de Wechsler resultan los mejores indicadores conocidos hasta el momento para la evaluación cognitiva de la inteligencia académica-conceptual y la evaluación del retraso mental leve (Pelechano, 2009).

En la actualidad se cuenta con la cuarta edición de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV, Wechsler, 2012), la última revisión y actualización de la WAIS (Wechsler, 1955). Con todo lo justificado anteriormente, las escalas de inteligencia de Wechsler son, seguramente, los instrumentos más utilizados para la evaluación de las aptitudes intelectuales en Europa y EEUU (Amador, 2013).

Las sucesivas versiones y estandarizaciones de la escala han ido incorporando los avances de la investigación sobre el funcionamiento cognitivo, manteniendo el enfoque inicial de Wechsler de considerar la inteligencia como la “capacidad de una persona para actuar con una finalidad, para pensar racionalmente y desenvolverse con eficacia dentro de su ambiente” (Wechsler, 1944).

La WAIS-IV conserva 12 de las pruebas de la WAIS-III (Cubos, Semejanzas, Dígitos, Matrices, Vocabulario, Aritmética, Búsqueda de símbolos, Información, Clave de números, Letras y números, Comprensión y Figuras incompletas) e incorpora tres pruebas nuevas: Puzzles visuales, Balanzas y Cancelación. Se han suprimido las pruebas Historietas y Rompecabezas y las aplicaciones opcionales Aprendizaje incidental y Copia, de la prueba Clave de números. Al suprimir Aprendizaje incidental y Copia de la prueba Clave de números, se elimina la posibilidad de separar las dificultades de procesamiento de la información de la influencia de la memoria visual y de la habilidad y coordinación visuomotora (copia).

La escala puede administrarse entre los 16 y los 89 años y 11 meses de edad, aunque para las pruebas opcionales Balanzas, Letras y números y Cancelación, solo existen baremos para el intervalo de edad 16-69 años.

La WAIS-IV se puede utilizar en el proceso de evaluación psicológica con propósitos de clasificación, descripción, predicción o planificación de intervenciones (APA, 2002). La WAIS-IV se utiliza, preferentemente, en ámbitos clínico y de la salud, forense, escolar y de recursos humanos.

El Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón no cuenta con la última versión del WAIS, pero si cuentan con la versión anterior, WAIS-III, por lo que se explicarán las características de esta versión de la escala de Wechsler para el caso que nos ocupa.

El WAIS-III contiene un total de 14 tests, de los cuales 11 proceden de las versiones anteriores de la prueba, en la que sólo estaba subdividida en dos escalas: una verbal que comprendía los tests de Información (I), Comprensión ©, Aritmética (A), Semejanzas (S), Dígitos (D) y

Vocabulario (V); y una manipulativa, con los tests de Figuras Incompletas (FI), Clave de números (CN), Cubos (CC), Historietas (HI) y Rompecabezas (RO). En la actualidad, a esos 11 tests se han añadido los siguientes: el de Búsqueda de símbolos (BS), que es una adaptación de una prueba del test Wechsler para adolescentes (WISC-III) (Kaufman, 1994), y dos nuevos llamados Matrices (MA) y Letras y números (L).

Los análisis factoriales efectuados con los tests del WAIS-III (1997) han llevado a una estructura tetrafactorial formada por cuatro índices denominados: comprensión verbal, organización perceptiva, memoria de trabajo y velocidad del proceso. Comprensión verbal y memoria de trabajo pertenecen a la escala verbal, y organización perceptiva y velocidad de proceso a la escala manipulativa. El pase de trece de los tests permite la obtención de los tres CI: verbal (CIV), manipulativo (CIM) y total (CIT), y de los cuatro índices (tabla 4.3.1).

Tests del WAIS III agrupados por Escalas e Índices					
Escala Verbal	Escala Manipulativa	Comprensión Verbal	Organización Perceptiva	Memoria de Trabajo	Velocidad de proceso
Vocabulario Semejanzas Aritmética Dígitos Información Comprensión Letras y Números	Figuras incompletas Clave de números Cubos Matrices Historietas Búsqueda de Símbolos Rompecabezas	Vocabulario Semejanzas Información	Figuras incompletas Cubos Matrices	Aritmética Dígitos Letras y números	Clave de números Búsqueda de símbolos

Tabla 4.3.1 Tests del WAIS III agrupados por Escalas e Índices (Fuentes et al., 2010).

El tiempo medio para obtener los tres CI y los cuatro índices es de unos 80 minutos en población normal y de 100 minutos para las personas con una enfermedad mental grave (Fuentes et. al., 2010). Hay situaciones en las que es deseable que el tiempo requerido para obtener el CI sea el mínimo posible. Una evaluación excesivamente prolongada puede ocasionar la fatiga y la frustración del sujeto, provocando un alto riesgo de abandono de la terapia.

Casos como el que se nos presenta ha provocado la aparición de formas abreviadas del WAIS prácticamente desde su creación. De hecho, las formas abreviadas ofrecen la posibilidad de obtener una estimación del CI reduciendo del 25 al 50% del tiempo total requerido para la aplicación de la escala completa (Ryan, López y Werth, 1998; Ward, Selby y Clark, 1987), y sus elevados índices de fiabilidad y validez las hacen superiores a los instrumentos breves de medida de CI disponibles actualmente (Kaufman, 1990; Reynolds, Willson y Clark, 1983).

Hay dos vías posibles a la hora de obtener una versión reducida de una escala, o bien reducir el número total de tests dejando cada test intacto, o bien reducir el número de ítems de cada test lo que permite dejar intacta la estructura de la escala, ya que la reducción afecta a la longitud de los tests que la componen pero no al número.

En este estudio se ha optado por la selección de tests a la reducción de ítems, ya que tal como señala López, Rodríguez, Santín y Torrico (2003) este procedimiento estima de manera más ajustada el CI obtenido con la aplicación de la escala completa. La forma abreviada que mejor predice el CIT es la integrada por los tests: Semejanzas (Comprensión verbal), Clave de números (Velocidad de proceso), Figuras Incompletas (Organización perceptiva) y Dígitos (Memoria de trabajo).

Para obtener la puntuación total escalar se divide la suma de las puntuaciones escalares en los cuatro tests por 4 y multiplicando el resultado por 11. Esto es equivalente a multiplicar la suma de las puntuaciones escalares por 2,75. La puntuación escalar que se obtiene como resultado se redondea, y este valor se traslada al baremo correspondiente para obtener el CIT estimado.

Entre la forma abreviada propuesta y la forma completa existe una correlación significativa y positiva, además no hay diferencias estadísticamente significativas entre los Cis de ambas formas, y a su vez, la forma abreviada es capaz de clasificar a un número considerable de personas en la misma categoría de CI que la escala completa, por lo que se cumplen los requisitos establecidos por Resnick y Entin (1971) como criterios fundamentales para garantizar su uso (Fuentes et. al., 2010).

TRATAMIENTO PARA EL RETRASO MENTAL.

Tal y como se ha expuesto anteriormente, aunque el retraso mental es una condición crónica que no cuenta actualmente con una curación, los niños con retraso mental pueden beneficiarse enormemente de las ayudas educativas en centros especializados. Es muy importante detectar lo más tempranamente posible la inmadurez en el desarrollo intelectual, a fin de realizar una valoración detallada del repertorio conductual del niño y establecer un programa de tratamiento cognitivo y comportamental de acuerdo con la etapa evolutiva en que se encuentre (Rosselli, 2010).

Contamos con protocolos de tratamiento que han demostrado que es posible conseguir un aumento de la capacidad de adaptación de niños con retraso mental, mediante una educación especial y otras medidas de rehabilitación (Berney, 2000). Esta mejora dependerá siempre de la situación particular del individuo y de su nivel de retraso mental, tal y como se ha mencionado anteriormente, el margen de mejora que tiene un niño diagnosticado con un retraso mental leve no será el mismo que en un retraso mental moderado o grave.

En casos como el estudio que nos ocupa, donde estos sujetos no cuentan con un deterioro físico pero si sufren un retraso mental relativamente leve, muestran dificultades para adaptarse socialmente durante su adolescencia, por lo que resulta aconsejable su ingreso en una institución debido, principalmente, a su conducta disruptiva y otros problemas conductuales (Stattin y Klackenberg-Larson, 1993).

Generalmente, los procedimientos educativos y de entrenamiento están orientados a la organización de determinadas áreas de desarrollo, como el aseo personal, la conducta social, capacidades académicas básicas y (para los adultos con retraso) habilidades laborales sencillas (Forness y Kavale, 1993). Dentro de cada área, las habilidades específicas se descomponen en

elementos más simples que deben aprenderse y reforzarse, antes de pasar a conductas más complejas. Este entrenamiento tiene la ventaja de ofrecer a estas personas múltiples experiencias de éxito, lo que contribuye a un progreso muy importante incluso en casos que previamente se habían considerado desesperados (McDonnell et al., 1993).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Los tratamientos inespecíficos a nivel farmacológico han mostrado un fracaso enorme excepto en aquellos casos en los que o bien se ha aislado la deficiencia funcional (la fenilalanina en el caso de la oligofrenia fenilpirúvica, si es detectada en los primeros momentos), o bien en aquellos casos en los que, debido a las alteraciones cerebrales con la que cuentan (hidrocefalia, por ejemplo) requieren de intervenciones más agresivas. Sin embargo, el tratamiento farmacológico reiteradamente intentando con enriquecimiento de la dieta a base de vitaminas o activadores de la transmisión neuronal han fracasado (Pelechano, 2009).

5. Adherencia al tratamiento.

5.1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Los datos sobre la respuesta al tratamiento de la Anorexia Nerviosa indican que la recuperación se da en menos del 50% de las personas diagnosticadas con este trastorno; aproximadamente un tercio mejora en cierto grado, y el 20% muestra un curso de vida crónico e incapacitante (Steinhausen, 2002). Aunque los datos sobre pronóstico son poco concluyentes, algunos factores como la edad de inicio del trastorno (tardía), la duración (larga historia), pérdida de peso (mucho), y presencia de sintomatología impulsiva y purgativa (atracones y vómitos) empeoran el pronóstico (Steinhausen, 2002). Por tanto, si no se produce una intervención o ésta no resulta efectiva, la persona diagnosticada de Anorexia Nerviosa sigue un curso de progresiva desnutrición que puede desembocar en estados caquéticos con pérdidas ponderales del 50% de su peso idóneo (Sánchez-Planell, 1993).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria cuentan con las tasas más altas de mortalidad entre los trastornos mentales. En concreto, la Anorexia Nerviosa tiene una mortalidad muy elevada, que se ha calculado en torno al 5,6% por década, si bien en seguimientos de 20 a 30 años, dicho porcentaje se eleva hasta el 20% (Steinhausen, 2002). La mayor parte de muertes se deben a la inanición, complicaciones cardíacas, o por suicidios (tasa del 3% de las personas diagnosticadas de Anorexia Nerviosa).

En cuanto a la Bulimia Nerviosa, se ha estimado una duración promedio del trastorno de unos 5 años, y en un tercio de las personas diagnosticadas de esta patología se da una mayor duración, aunque en sus formas atípicas (Fairburn y Harrison, 2003). La evolución de la Bulimia Nerviosa es variable entre las personas que padecen esta enfermedad, pero suele presentar mejor respuesta al tratamiento que las personas diagnosticadas con una Anorexia Nerviosa y sus tasas de mortalidad son menores. Se estima que el 40% de las personas diagnosticadas de Bulimia Nerviosa permanecen sintomáticas crónicamente y entre el 40-60% de pacientes tratadas con diversos métodos recaen en el seguimiento. En cuanto a los predictores de pronóstico, se han identificado algunos factores de mala evolución como son obesidad y sobrepeso en la infancia, anorexia previa, baja auto-estima y trastornos de personalidad (Fairburn y Harrison, 2003; Russell, 1985; Treasure, 1991).

5.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL.

El cambio de la concepción social de la sexualidad ha propiciado que esta sea considerada como un derecho y como un instrumento de disfrute y goce de la vida. Esto ocasiona que las personas seamos más exigentes con el desempeño sexual y, por tanto, que cada vez hay más demanda de terapia sexual (Sierra, 1996).

En la actualidad podemos decir que la eficacia terapéutica de los programas de tratamiento para las disfunciones sexuales es considerablemente alta. Por trastornos, en la disfunción eréctil de origen psicógeno, que es la más frecuente, se suele alcanzar el 75% de éxitos: en la de tipo primario, el porcentaje es algo menor. La eyaculación precoz, es la disfunción sexual

masculina que mejor responde al tratamiento, con un éxito del 98% de los casos. La disfunción orgásmica femenina, en el 85%, aunque sólo la mitad de estas mujeres consigue el orgasmo, única y exclusivamente a través del coito, algo que podríamos considerar como normal. Y finalmente, el vaginismo constituye la disfunción femenina con mejor pronóstico, solucionándose en la práctica totalidad de los casos (Carrobbles, 1985; Kaplan, 1974; Masters y Johnson, 1970; Sierra, 1991).

Por lo que respecta a la eyaculación retardada (trastorno orgásmico masculino), caso que nos ocupa en este estudio, los escasos estudios controlados sobre tratamientos psicológicos y médicos muestran una eficacia del 80% (Masters y Johnson, 1970).

5.3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL RETRASO MENTAL.

La mayor parte de los casos de personas diagnosticadas con un retraso mental cuentan con una patología de carácter crónico, por lo que en algunas ocasiones se habla, más que de tratamientos, de “apoyos” a dificultades en el día a día (Pelechano, 2009).

La investigación hasta el momento (*Head Start* en Estados Unidos) no concluye con resultados positivos que se mantengan en el tiempo. Los programas de “enriquecimiento instrumental” asentados en operaciones intelectuales muestran un éxito desigual, mostrando un mayor aprovechamiento de los niños más inteligentes. En concreto, niños con retraso mental ligero que pueden llegar a vivir de forma independiente en condiciones de vida estables, simples y como producto de programas intensivos y de larga duración (Pelechano, 2009).

La conclusión a la que llega Pelechano (2009) con la información facilitada es que todavía no son bien conocidos los procesos de aprendizaje y consolidación de lo aprendido de las personas con retraso mental (esto es, no se conoce muy bien la “anatomía” ni la “fisiología” psicológica, por lo que las intervenciones tienden a no tener el éxito que en un primer momento se puede esperar).

6. Situación actual y retos del futuro.

6.1. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

En sólo 15 años de investigación en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria se ha pasado de tímidas descripciones de los síndromes, a debates firmes en torno a lo que ha de considerarse como criterios definitorios del trastorno.

Parece que empieza a haber acuerdo en considerar las características comunes que comparten todos los trastornos alimentarios, sea la AN, la BN o la obesidad en cuanto a la presión, la necesidad, que manifiestan las personas diagnosticadas con un trastorno de la conducta alimentaria de adelgazar y de controlar todo aquello que comen (Perpiñá, 1989).

Schuldnt y Johnson (1990) han propuesto un modelo tridimensional de los trastornos alimentarios, enfocado tanto al diagnóstico como al tratamiento. Una dimensión, el peso corporal, se conceptualiza como un continuo en el que la demacración extrema y la obesidad masiva serían sus extremos. La segunda dimensión, el control conductual, representaría el conflicto acercamiento-evitación que se traduce en la dicotomía anorexia-bulimia; un ayuno prolongado constituiría un extremo, y los atracones frecuentes el otro. La tercera dimensión es la intensidad de la preocupación por el peso, en el que la ansiedad producida por el miedo a la obesidad lleva al individuo a intentar controlar su conducta alimentaria. Estas alteraciones siempre se dan en un contexto de querer perder peso; un deseo de adelgazar que se distribuye a lo largo de un continuo de gravedad, con implicaciones fisiológicas y psicológicas, y que se relacionan con la incapacidad de conseguir o mantener lo que la persona considera como peso aceptable. Es en esa sobrevaloración de la delgadez desde donde hay que estudiar el conjunto homogéneo de sus características y su psicopatología.

Por otro lado, en el campo de los trastornos alimentarios hay planteados varios retos y necesidades que han de resolverse en el futuro más inmediato, y en todos esos desafíos, la evaluación va a jugar un papel muy importante. En primer lugar, por lo que se refiere a la propia evaluación, uno de los retos que se plantean es el establecimiento de una guía de medidas empíricamente validadas que ya existe en el campo de los trastornos de ansiedad (Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Actualmente ya contamos con medidas robustas en el campo alimentario, pero aún estamos lejos de ese catálogo depurado que sirva de base para la futura construcción de índices compuestos de cambio (Perpiñá, 2006).

En segundo lugar, la precisión de los criterios diagnósticos requiere igualmente de buenos instrumentos de evaluación capaces de apresar las distintas dimensiones del problema. La ventaja que ha tenido el uso de criterios estrictos y operativizados como los del DSM-5 es que han conducido a un grupo más homogéneo de personas con similar psicopatología. Pero la experiencia clínica ha puesto de manifiesto que ha sido demasiado específico. Una persona puede, por ejemplo, cumplir los criterios de Bulimia Nerviosa excepto en la frecuencia de atracones y ha de clasificarse como atípico o no especificado. El punto dedicado a los trastornos alimentarios no especificados está cobrando cada vez más importancia debido al incremento en su prevalencia e incidencia. El hecho de que existan cuadros con relevancia clínica que, sin embargo, no encajan ni en la descripción de Anorexia Nerviosa ni en la de

Bulimia Nerviosa, pone de manifiesto la problemática de los criterios diagnósticos actuales de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Fairburn, 2007).

En tercer lugar, la comorbilidad con trastornos más permanentes y resistentes al cambio, como son los trastornos de personalidad, es un área de máximo interés en la actualidad. Ello requerirá de instrumentos que sean lo suficientemente sensibles a determinados rasgos de personalidad desde edades tempranas y muy habituales en las personas con trastornos alimentarios (Perpiñá, 2006).

En cuarto lugar, el interés por la cronificación de estos trastornos y las personas diagnosticadas de larga duración, hacen que los objetivos de terapia se amplíen e introducen consideraciones de socialización, calidad de vida, etc., que habrá que explorar para atender a las nuevas necesidades de estas personas (Perpiñá, 2006).

Por último, el campo de la prevención, que sigue necesitando de instrumentos de criba capaces de detectar precozmente la problemática o impedir la gestación de unos trastornos que se caracterizan por tener un tratamiento y evolución complicados (Perpiñá, 2006).

6.2. TRASTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL.

A pesar de que resulta difícil establecer el límite entre lo normal y lo anormal en el comportamiento sexual, se aprecia en el último cuarto de siglo un incremento considerable en la cantidad de trastornos sexuales conocidos o declarados en la población. Las cifras del informe ECA señalando que las disfunciones afectan al 24% de los adultos, siendo el segundo diagnóstico más frecuente tras el uso del tabaco, son un dato evidente al respecto. Es posible que este aumento en las tasas de diagnósticos o en los casos conocidos pueda deberse al cambio social producido respecto a la consideración de la sexualidad (Labrador, Crespo y De la Puente, 2008).

Los avances en los programas de intervención, en especial los relacionados con las disfunciones sexuales, han producido un cambio decisivo en la eficacia de los mismos a partir de 1970, fecha de la publicación del libro de Masters y Johnson *Human Sexual Inadequacy (Incompatibilidad sexual humana)*. Los resultados para las disfunciones son muy positivos y en reducidos períodos de tratamiento, lo que supone una motivación para las personas con estos problemas para acudir a los profesionales (Labrador, Crespo y De la Puente, 2008).

Actualmente, el punto más problemático y mayor reto de futuro es el de los problemas de falta de deseo sexual y la aversión o fobia al sexo. No resulta fácil integrar este tipo de problemas con las restantes disfunciones sexuales, ni a la hora de tratar de explicar su génesis o mantenimiento, ni a la hora de proceder a la intervención. La menor eficacia terapéutica conseguida en estos casos señala la necesidad de desarrollos innovadores para este tipo de problemas (Labrador, Crespo y De la Puente, 2008).

Otro de los aspectos problemáticos actuales es la escasez de modelos explicativos de las disfunciones. Desde los trabajos de Masters y Johnson han primado los acercamientos empíricos y descriptivos. Se dispone de tratamientos que se han mostrado eficaces, pero se desconoce el proceso o los factores determinantes de esta eficacia. Por eso la revisión de los

tratamientos ha dado como resultado un mosaico tan variado de propuestas de intervención, que en muchos casos es difícil saber si pueden ser complementarios o contradictorios. De hecho, no se puede señalar un modelo explicativo de referencia. A lo sumo, al estilo de Masters y Johnson, se señalan fases en las que puede aparecer el problema y factores que pueden funcionar como predisponentes, precipitantes o de mantenimiento. Sin un modelo de referencia que establezca una adecuada relación entre variables dependientes e independientes es difícil identificar, aunque se consiga determinar la eficacia de un tratamiento, el proceso a través del cual se produce el cambio (Labrador y Crespo, 2001).

Algunas consideraciones adicionales señalan el efecto positivo que ha tenido la mejora en la educación sexual, en especial la mayor amplitud de miras a la hora de considerar qué conductas sexuales son “normales”. El incremento en el número de conductas y prácticas sexuales consideradas normales ha facilitado la disminución de algunos problemas, por ejemplo los problemas de anorgasmia femenina (Labrador, Crespo y De la Puente, 2008).

6.3. RETRASO MENTAL.

Actualmente contamos con programas de tratamiento que han mostrado un aumento de la capacidad adaptativa de niños con retraso mental, a través de programas educativos especiales y otras medidas de rehabilitación (Berney, 2000). Estos avances dependerán siempre del nivel de retraso mental, observándose, como se ha comentado anteriormente, mejoras más significativas en niños diagnosticados con un retraso mental leve.

La alternativa a la institucionalización de estas personas sigue siendo un problema añadido. Los recursos educativos disponibles son, por lo general, lamentablemente inadecuados. En EEUU, todavía una gran proporción de personas con retraso mental nunca consigue acceder a servicios apropiados a sus necesidades específicas (Luckasson et al., 1992).

Esta negligencia resulta especialmente trágica dadas la necesidad de ofrecer un entramado de servicios y apoyos dentro de la comunidad que permite a la persona con retraso mental poder vivir su vida de forma adecuada como un ciudadano más y con derecho a tener acceso a todos los bienes sociales. Por ejemplo, para quienes sólo tienen un retraso leve, un entrenamiento en lectura y otras asignaturas básicas, en asuntos económicos, y en habilidades laborales, puede ayudarles a convertirse en miembros independientes y productivos de su comunidad (Wilder et al., 1997).

Falta un largo camino para lograr una mejora en los regímenes asistenciales a nivel de cuidado de la salud, integración social posterior al período de escolarización, cambio de actitudes hacia la significación de retraso mental, cuestiones relacionadas con la sexualidad del deficiente y otras muchas (Pelechano, 1984, 1986; Pelechano y cols., 1986).

Por lo que respecta a las investigaciones y acciones dirigidas al fomento de la inteligencia, proyectos como el programa de “enriquecimiento instrumental” se encuentran asentados en operaciones intelectuales basados en el incremento del rendimiento en tareas estrictamente académicas, dando un éxito parcial del que solo se aprovechan los niños con un retraso mental leve. Niños/as con retraso mental leve pueden llegar a vivir de forma independiente en

condiciones de vida estables, fruto de la intervención a través de programas intensivos y de larga duración (Pelechano, 2009). Los resultados inestables obtenidos hasta la fecha indican la necesidad de continuar trabajando e investigando sobre estos temas.

MARCO EMPÍRICO

7. Estudio de caso único.

7.1 INTRODUCCIÓN.

El presente estudio clínico se lleva a cabo con el caso de C.O., un joven de 21 años de edad que acude al recurso del Centro de Rehabilitación e Inserción Social para enfermos mentales (CRIS) ubicado en la cuarta planta del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón desde el 22 de noviembre de 2013. Los familiares de C.O. acuden al centro siguiendo las recomendaciones del psiquiatra de referencia, quién indica la necesidad de plantear un programa de rehabilitación conductual y terapia ocupacional en un centro hospitalario y, de esta forma, establecer límites y la posibilidad posterior de integración en un programa de Centro de Día u Hospital de Día mientras persista su actitud oposicionista y manipuladora en el ámbito familiar y social.

Durante la entrevista de ingreso al recurso, a la que asiste acompañado por su padre, refieren que los médicos no saben lo que tiene y que no se puede realizar un diagnóstico fiable hasta los 24-25 años. Piensan que tiene esquizofrenia paranoide pero es joven para saberlo.

El usuario del recurso del CRIS no describe bien su sintomatología, refiriendo que a veces se pone nervioso, reconoce haber tenido alucinaciones auditivas pero al intentar sondear el tipo de éstas se retrae en sí mismo mostrándose ausente. No reconoce más sintomatología.

Según el informe de derivación de su psiquiatra de referencia el usuario presenta Retraso Mental Leve y Trastorno de control de impulsos. Desde su infancia presenta un cuadro clínico por trastorno de conducta y trastorno de control de impulsos en el curso de un retraso mental leve. Las conductas inapropiadas consisten en actos de estimulación sexual compulsivos, accesos bulímicos, heteroagresividad dirigida a sus seis hermanos, adicción al tabaco, indisciplina, desinhibición en las relaciones sociales, etc.

Durante la entrevista realizada por el psicólogo en prácticas el 24 de diciembre de 2014, el usuario refiere no tener claros los motivos por los que acude al recurso del CRIS. Sabe que tiene una minusvalía asociada pero desconoce los motivos, sospechando que la razón de esta minusvalía son sus problemas para tolerar la cafeína.

C.O. confiesa haber sufrido alucinaciones auditivas en las que escuchaba atracciones de feria. Refiere haber sufrido esas alucinaciones hace unos 3 meses aproximadamente antes de la entrevista. También refiere haber cursado ideas delirantes de referencia. En ellas tenía la certeza de que el personal del recurso del CRIS hablaba continuamente de él de forma negativa. Actualmente dice no tener estos pensamientos y reconoce no estar justificados.

El usuario refiere haber tenido problemas de ansiedad aunque no encuentra un desencadenante de esos episodios. Sí refiere tener una baja tolerancia a la cafeína, condición que se ve reflejada en aquellos momentos en los que ha presentado hormigueos en cara y extremidades, temblores y nerviosismo cuando ha consumido alguna bebida con cafeína. Es consciente del daño que estas bebidas le hacen pero confiesa haber tomado bebidas con alto contenido en cafeína (Red bull, Monster, etc.) en la actualidad.

C.O. indica estar preocupado por su peso. Explica que, cuando era más joven, tenía sobrepeso (refiere haber pesado entre 98 y 99 kilos) y sus hermanos se burlaban de él. EL usuario es consciente de que actualmente no tiene problemas de sobrepeso (su peso actual es de 70 kilos aproximadamente con una altura de 1'78 cm) pero le gustaría estar más delgado. Confiesa que sus hermanos le siguen llamando "gordo" y eso le hace sentir mal. Tiene un peso meta (60 kilos) que está muy por debajo de su peso ideal teniendo en cuenta su altura. La conducta de comprobación que utiliza para controlar su peso es el pesado continuado en una báscula. Confiesa saltarse comidas (principalmente el desayuno) y, aunque explica que no pasa hambre, se han producido varios robos planificados en supermercados para coger comida no saludable o poco nutritiva (chocolate, bollería industrial, etc.). Refiere tener momentos en los que come de forma compulsiva todo lo que encuentra por delante y, aunque durante la entrevista indica que no realiza conductas compensatorias como purgas o deporte excesivo, durante las sesiones de psicoeducación confiesa vomitar dos veces por semana con el objetivo de perder peso (esta información no se facilita durante la evaluación previa, por lo que el diagnóstico previo de 50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50] realizado atendiendo a la información dada durante la fase de evaluación será substituido por F50.2 Bulimia nerviosa, tipo purgativo [307.51], tal y como se especificará en los apartados correspondientes). En la primera sesión de psicoeducación, C.O. también refiere comer para aliviar su ansiedad en situaciones de discusión familiar.

Durante la entrevista, C.O. manifiesta que, a la edad de 11 años, tuvo una serie de conductas sexuales con su primo, de 4-5 años de edad, con el que miraba pornografía en aquel momento, situación que provocó una fuerte discusión familiar. A consecuencia de esta situación, la familia y el resto de la comunidad religiosa a la que pertenecen achacan la minusvalía del usuario a tal acontecimiento, provocando en C.O. la interiorización de tal creencia. Desde aquella situación, C.O. muestra una re-experimentación de ese suceso cada vez que inicia relaciones íntimas con otras personas, sintiéndose incapaz de llevar a cabo relaciones sexuales plenas. Refiere sentirse muy culpable por lo sucedido. El usuario verbaliza que, cada vez que ha tenido algún encuentro sexual con una chica, no ha sido capaz de llegar al orgasmo con esa pareja sexual, por lo que termina deteniendo esas relaciones y retirándose para masturbarse él sólo, alcanzando de esta manera el orgasmo.

Cuando se le pregunta por la opinión que tiene su familia de este tipo de aspectos, el usuario refiere que, desde su comunidad, se prohíbe tanto las relaciones sexuales fuera del matrimonio, como imaginarse manteniendo esas relaciones sexuales en un contexto de masturbación individual, por lo que el usuario experimenta sentimientos de culpabilidad cada vez que se masturba (refiere masturbarse dos o tres veces a la semana).

El usuario también re-experimenta el suceso vivido con su primo menor de edad cuando se encuentra con niños y niñas de otras familias de la comunidad religiosa a la que pertenece, mostrando rechazo y ansiedad ante estas situaciones. Cuando se le pregunta por los motivos de esa reacción ansiosa contesta que lo que más le preocupa es lo que puedan pensar otras personas de él y que pueda darse un mal entendido si le ven cerca de un niño.

Para llevar a cabo el estudio de caso único con el máximo rigor y profesionalidad, respetando los derechos y libertades del usuario elegido para el estudio de caso único, se le comunica previamente el objetivo y las pautas a seguir en el presente proyecto. Una vez aclaradas las dudas del usuario y obtenido su beneplácito, se le entrega el documento de consentimiento de participación (ver Anexo 1. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN) elaborado desde el departamento de psicología del recurso del CRIS del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón para que pueda cumplimentarlo y firmarlo adecuadamente.

7.2 ANAMNESIS E HISTORIA CLÍNICA.

USUARIO: C.O.

EDAD: 21 años

EXAMINADOR: Pablo Bojados Rodríguez

FECHA DE ENTREVISTA: 24/12/2014

Psiquiatra de referencia: Dr. Barceló (Valencia, privado)

- **DIAGNÓSTICO / JUICIO:**

El usuario refiere estar acudiendo al recurso del Centro de Rehabilitación e Inserción Social para enfermos mentales (CRIS) del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón desde hace más de un año pero desconoce los motivos por los que tiene que acudir. Sabe que tiene asignada una minusvalía pero desconoce los motivos, sospechando que la razón de esta minusvalía son sus problemas para tolerar la cafeína.

C.O. explica que, anteriormente al ingreso al CRIS del Centro Gran Vía, no ha ingresado en ningún otro centro de características similares, ni ha tenido que acudir a urgencias por ningún motivo.

Cuando intenta describir la sintomatología que presenta cuando se encuentra nervioso menciona hormigueos en cara y extremidades inferiores, así como problemas para pensar con claridad.

El usuario manifiesta estar interesado en conocer los motivos de su ingreso en el CRIS y las razones por las que tiene asignada una minusvalía pero su familia no le proporciona esa información.

Desde el informe clínico de derivación del psiquiatra de referencia se indica que C.O., desde su infancia, presenta un cuadro clínico caracterizado por trastornos de conducta y trastornos de control de impulsos en el curso de un retraso mental leve. Las conductas inapropiadas consisten en actos de estimulación sexual compulsivos, accesos bulímicos, heteroagresividad dirigida hacia sus seis hermanos, adicción al tabaco, indisciplina, desinhibición en las relaciones sociales, etc.

Los familiares de C.O. acuden al centro siguiendo las recomendaciones del psiquiatra de referencia, quién indica la necesidad de plantear un programa de rehabilitación conductual y terapia ocupacional en un centro hospitalario y, de esta forma, establecer límites y la posibilidad posterior de integración en un programa de Centro de Día u Hospital de Día mientras persista su actitud oposicionista y manipuladora en el ámbito familiar y social.

En el informe de derivación social para ingreso del usuario en CRIS se refiere como diagnóstico un retraso mental ligero por trastorno del aprendizaje de etiología no filiada y una alteración de la conducta por trastorno de la personalidad de etiología psicógena. Se le asigna una discapacidad del 54% de categoría psíquica.

- **ANTECEDENTES PERSONALES (focos de preocupación; sucesos clave; duelos, pérdidas...- etc.):**

A pesar de que el usuario afirma no haber sido ingresado en un centro similar al recurso de CRIS del Centro Gran Vía, ni tampoco haber acudido a urgencias, los informes precedentes indican tres ocasiones en las que tuvo que acudir a urgencias por encontrarse demasiado nervioso pero no reconoce sucesos estresantes que lo desencadenaran, aunque sí reconoce el aumento de discusiones con sus hermanos, principalmente D.O., afectado también de Trastorno Mental.

En los informes de derivación también se informa que, a los 16 años, realizó su primera visita al psiquiatra actual, por privado, por no estar de acuerdo con el simple nerviosismo que diagnosticaban en los servicios de salud mental pública.

Durante la entrevista, el usuario manifiesta que, a la edad de 11 años, tuvo una serie de conductas sexuales con su primo, en su momento de 4-5 años de edad, que provocó una fuerte discusión familiar. A consecuencia de esta situación, la familia y el resto de la comunidad religiosa a la que pertenecen, no confían a C.O. el cuidado de niños, actividad que se ofrece a los miembros de la comunidad de la edad del usuario para ganarse un primer sueldo económico. Por su parte, Carlos manifiesta que, a raíz de esta situación, muestra problemas para relacionarse sexualmente con chicas, expresando nerviosismo y rechazo por estas situaciones.

- **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

El usuario tiene un hermano, D.O., con Trastorno psiquiátrico sin diagnosticar. Tiene una tía afectada de trastorno bipolar. Dicen que actualmente se encuentra estable y comenta tener muy buena relación con ella. Tiene un tío que, a raíz de las relaciones sexuales que mantuvo C.O. con su primo de 4-5 años, está recibiendo tratamiento psicológico.

C.O. refiere que su hermana, M.O., tuvo un trastorno de conducta alimentaria pero no puede especificar el diagnóstico exacto. Explica que su hermana estuvo un tiempo muy preocupada por la comida y que, en ocasiones, vomitaba después de comer. El usuario menciona que estos episodios no se producen desde hace 2 o 3 años.

- **PAUTAS DE MEDICACIÓN:**

C.O. asegura que se toma él mismo la medicación, mostrando conciencia de la importancia de la toma de la misma, aunque desconoce cuáles son sus efectos y los motivos por los que debe tomarla. El usuario manifiesta que ha preguntado a sus familiares por los motivos de la toma de la medicación y, en alguna ocasión, ha intentado leer el prospecto de sus medicamentos, pero los padres de C.O. no le ofrecen esa información y le prohíben leer estos prospectos.

En el informe previo al ingreso del usuario al recurso del CRIS, el día 22 de Noviembre de 2013, se informa que, por lo menos en aquel momento, es su padre quién le da la medicación mientras duerme.

El informe de derivación del psiquiatra de referencia indica que el usuario mantiene un tratamiento combinado de estabilizantes y antipsicóticos con buena tolerancia y respuesta terapéutica parcial. El tratamiento farmacológico incluye: Plenur 1-0-1, Trileptal 600 mg. 1-0-2, Sumial 10 mg. 1-0-1, Solian 200 mg. 1-0-2, Diazepam 10 mg. 0-0-1.

- **INFORMACIÓN SOCIO / FAMILIAR:**

- **Estado civil / nº de hijos:**

El usuario es soltero y no tiene hijos. Manifiesta problemas para tener relaciones de pareja desde el suceso sexual con su primo menor de edad.

- **Nivel cultural / académico:**

Estudió hasta 2º de E.S.O. Después hizo un curso de limpieza realizando las prácticas en el corte inglés. El usuario indica que no lo pudo terminar por el horario que llevaba durante las clases (de 6:00h a 10:00h). También explica que durante estas prácticas tuvo un episodio en el que, después de iniciar relaciones íntimas con una compañera (explica que fueron varios besos), tuvo la necesidad de ir al cuarto de baño para masturbarse él sólo.

C.O. comparte sus deseos de seguir estudiando para ser auxiliar de enfermería, pero sus padres no se lo permiten por ser “demasiado tonto” para estudiar.

- **Nivel socioeconómico (tipo de trabajo):**

El usuario no ha trabajado nunca pero refiere que le gustaría trabajar para poder ganar dinero. Explica que, en la comunidad religiosa a la que pertenece su familia, se ofrece trabajo para cuidar a niños de otras familias de la misma comunidad, pero no le permiten dedicarse a ello por el suceso vivido con su primo.

C.O. recibe una paga por su minusvalía y ese dinero se invierte para cubrir gastos familiares.

Desde la entrevista realizada el día de su ingreso en el recurso del CRIS se indica que su padre está jubilado. El informe social para ingreso en CRIS refiere que su padre es pensionista y posee una incapacidad física permanente (lesión de espalda y síndrome de cola de caballo) y su madre es ama de casa.

El hermano del usuario, D.O., cuenta con una pensión no contributiva (PNC).

- **Tipo de relaciones familiares:**

El usuario refiere tener seis hermanos y una hermana. Uno de sus hermanos está afectado de trastorno mental y explica haber tenido discusiones graves con él. También refiere discusiones con sus padres debidas a hurtos de C.O. hacia ellos. Confiesa robarles tabaco y dinero. Cuando se le pregunta por los motivos explica que el dinero que les roba no lo necesita para comprarse nada en concreto y que se siente disgustado y enfadado porque sus padres invierten más dinero con sus hermanos que con él. Se infieren emociones negativas hacia sus padres que motivan los hurtos en casa.

El usuario también explica que sus hermanos le dispensan un trato autoritario provocando numerosas discusiones en las que recibe burlas e insultos por parte de ellos. Estas discusiones le hacen sentir menospreciado por sus hermanos, provocando en él numerosos episodios de ansiedad.

- **Aficiones:**

C.O. refiere disfrutar de las actividades que realiza en el recurso del CRIS. Le gusta practicar deporte y explica que le gustaría ser futbolista.

Los fines de semana el usuario lleva a cabo multitud de actividades con su comunidad cristiana y refiere hacerlas con gusto.

• **PERSONALIDAD:**

- **Observación:**

Durante la entrevista muestra una buena disposición a contestar las preguntas que se le plantean, aunque refiere, en más de una ocasión, tener miedo a ser ingresado en un recurso con mayor nivel de contención por las respuestas que está dando. Se le asegura que el objetivo de la entrevista no es ingresarlo en ningún otro recurso y se queda más tranquilo.

De las respuestas que el usuario ofrece durante la entrevista se infieren problemas en la relación que mantiene con su familia, situación que propicia y exacerba la sintomatología de C.O. y sus conductas disruptivas.

Por lo que respecta a su ingreso en el recurso del CRIS, se muestra muy motivado y satisfecho con las actividades que lleva en el recurso, disfrutando de todas las propuestas que se le ofrecen.

- **Psicopatología (depresión / ansiedad / ideas delirantes...):**

C.O. confiesa haber sufrido alucinaciones auditivas en las que escuchaba atracciones de feria. Refiere haber sufrido esas alucinaciones hace unos 3 meses aproximadamente. También refiere haber cursado ideas delirantes de referencia hace unas semanas. En ellas tenía la certeza de que el personal del recurso del CRIS hablaba continuamente de él de forma negativa. Actualmente dice no tener estos pensamientos y reconoce no estar justificados.

El usuario refiere haber tenido problemas de ansiedad aunque no encuentra un desencadenante de esos episodios. Si refiere tener una baja tolerancia a la cafeína, condición que se ve reflejada en aquellos momentos en los que ha presentado hormigueos en cara y extremidades, temblores y nerviosismo cuando ha consumido alguna bebida con cafeína. Es consciente del daño que estas bebidas le hacen pero confiesa haber tomado bebidas con alto contenido en cafeína (Red bull, Monster, etc.) en la actualidad.

C.O. indica estar preocupado por su peso. Explica que, cuando era más joven, tenía sobrepeso (refiere haber pesado entre 98 y 99 kilos) y sus hermanos se burlaban de él. El usuario es consciente de que actualmente no tiene problemas de sobrepeso (su peso actual es de 70 kilos

aproximadamente con una altura de 1'78 cm) pero le gustaría estar más delgado. Confiesa que sus hermanos le siguen llamando “gordo” y eso le hace sentir mal. Tiene un peso meta (60 kilos) que está muy por debajo de su peso ideal teniendo en cuenta su altura. La conducta de comprobación que utiliza para controlar su peso es el pesado continuado en una báscula. Confiesa saltarse comidas (principalmente el desayuno) y, aunque explica que no pasa hambre, se han producido varios robos planificados en supermercados para coger comida no saludable (chocolate, bollería, etc.). Refiere tener momentos en los que come de forma compulsiva todo lo que encuentra por delante, aunque no realiza conductas compensatorias como purgas o deporte excesivo.

Por lo que respecta a las consecuencias del suceso con su primo menor de edad, el usuario muestra una re-experimentación de ese suceso cada vez que inicia relaciones íntimas con otras personas, sintiéndose incapaz de llevar a cabo relaciones sexuales plenas. Refiere sentirse muy culpable por lo sucedido. Explica que actualmente le gusta una chica pero se siente incapaz de imaginarse manteniendo relaciones sexuales con ella. El usuario refiere que, cada vez que ha tenido algún encuentro sexual con una chica, no ha sido capaz de llegar al orgasmo con esa pareja sexual, por lo que termina deteniendo esas relaciones y retirándose para masturbarse él sólo, alcanzando de esta manera el orgasmo. Cuando se le pregunta que opina su familia de este tipo de aspectos el usuario refiere que, desde su comunidad, se prohíbe tanto las relaciones sexuales fuera del matrimonio, como imaginarse manteniendo esas relaciones sexuales en un contexto de masturbación individual, por lo que el usuario experimenta sentimientos de culpabilidad cada vez que se masturba (refiere masturbarse unas dos o tres veces a la semana).

El usuario también re-experimenta el suceso vivido con su primo menor de edad cuando se encuentra con niños y niñas de otras familias de la comunidad religiosa a la que pertenece, mostrando rechazo y ansiedad ante estas situaciones. Cuando se le pregunta por los motivos de esa reacción ansiosa contesta que lo que más le preocupa es lo que puedan pensar otras personas de él y que pueda darse un mal entendido si le ven cerca de un niño.

- **Nivel de comprensión:**

El usuario muestra un buen nivel de comprensión.

- **Infancia / adolescencia / vida adulta:**

C.O. refiere una infancia alegre, rememorando recuerdos de cuando iba al colegio y jugaba con sus amigos. Explica haber tenido buenas relaciones sociales cuando era niño.

Durante los primeros años de la adolescencia se produce la situación de carácter sexual con su primo detallada anteriormente. El usuario confiesa que, antes de aquel episodio, también se produjo un episodio similar con sus hermanos, aunque no tuvo las consecuencias que se produjeron con su primo.

El usuario indica dos episodios en los que mantuvo relaciones sexuales. Uno de ellos se produjo durante sus prácticas en el curso de limpieza, indicado en un punto anterior, en el que terminó masturbándose él sólo en el cuarto de baño. En un segundo episodio, refiere haber

mantenido relaciones sexuales con una chica con Síndrome de Down en la que se produjeron caricias en los genitales de ambos. En las dos situaciones indicadas refiere no haber podido llegar al orgasmo junto con estas parejas sexuales, deteniendo esas relaciones para masturbarse él sólo, alcanzando de esta manera el orgasmo.

No indica buenos recuerdos en cuanto a sus relaciones sociales durante su adolescencia, confesando que no tenía amigos en aquella época.

Actualmente refiere tener amigos nuevos dentro del recurso del CRIS y se siente bien por ello. C.O. no encuentra una mejora en las relaciones con sus padres, aunque si indica que su relación con su hermano D.O. (afectado de trastorno mental) ha mejorado mucho.

- **EXPLORACIÓN:** Valoración inicial de la orientación y habilidades cognitivas.

ÁMBITO COGNITIVO Y FUNCIONAL	GRADUACIÓN					OBSERVACIONES
	I	G	M	L	N	
Orientación Autopsíquica					X	
Orientación espacial					X	
Orientación temporal					X	
Lenguaje: capacidad de comunicación general				X		Momentos puntuales de pausas largas.
Lenguaje automático: meses días, contar...					X	
Inversión del lenguaje automático					X	
Repetición palabras					X	
Repetición frases					X	
Denominación de objetos o imágenes					X	
Comprensión del lenguaje: palabras, órdenes etc				X		Buena comprensión teniendo presente su retraso mental leve.
Lectura: expresión					X	
Lectura: Comprensión					X	
Escritura				X		
Reconocimiento de caras					X	
Reconocimiento de imágenes superpuestas					X	
Cálculo				X		
Abstracción: semejanzas, refranes...				X		
Praxias de construcción gráfica					X	Figura de Rey (copia)
Praxias ideomotrices de imitación					X	
Praxias ideomotrices simbólicas					X	
Praxias ideatorias					X	
Memoria inmediata					X	
Memoria a Corto plazo					X	

Control de los impulsos: El usuario fue diagnosticado de trastorno del control de los impulsos en el curso de un retraso mental leve. En el programa de rehabilitación individual (P.I.R), realizado el 29/01/2014, se hace referencia a un déficit en la capacidad de controlar los impulsos, aspecto que se observa de manera notoria en el CRIS al que acude, en su impulsividad para comunicarse con las personas que le rodean (compañeros y personal del recurso). También se denota deseabilidad social descontrolada. Actualmente, desde el recurso del CRIS, se está trabajando en este aspecto. Durante la entrevista no se observan problemas para respetar el turno de palabra u otro tipo de conductas que denoten dificultades para controlar el impulso de hablar.

Manejo del dinero: C.O. no maneja dinero. La paga que recibe por su minusvalía se la gestiona su familia. En la entrevista previa al ingreso del recurso del CRIS se refiere que no lleva dinero encima porque solo pide cuando lo necesita.

Educación vial: En informes previos se valora la necesidad de recibir formación vial.

Consumo de tóxicos: El usuario confiesa haber fumado marihuana en una ocasión. Después de aquella vez no volvió a probarlo por los efectos que le produjeron (principalmente mareos).

También refiere haber consumido cerveza de manera ocasional, aunque dice no consumirla desde hace uno o dos años aproximadamente.

Deporte: C.O. manifiesta afición por el deporte. Le gusta mucho el fútbol pero lo practica únicamente en el recurso del CRIS. También practica natación en el mismo recurso.

Tabaco: Fumador. El tabaco se le administra desde el recurso del CRIS y desde casa. Muestra una gran dependencia con el tabaco.

Anteriores recursos/tratamientos: El usuario refiere no haber ingresado en ningún recurso similar al actual.

Los informes precedentes indican tres ocasiones en las que tuvo que acudir a urgencias por encontrarse demasiado nervioso.

C.O. no ha recibido ningún tratamiento psicológico anterior a su ingreso en el recurso del CRIS.

El tratamiento que el usuario sigue en el recurso del CRIS desde su ingreso el día 22 de Noviembre de 2013 tiene una perspectiva multidisciplinar, alternando técnicas individuales y grupales. Los objetivos que se han seguido desde el recurso del CRIS son los siguientes:

➤ **CORTO PLAZO:**

- Conseguir adherencia al recurso.
- Ocupar el tiempo libre.
- Aumentar su motivación hacia la mejora del comportamiento.

➤ **MEDIO-LARGO PLAZO:**

- Desarrollar y mantener habilidades cognitivas.
- Desarrollar y mantener habilidades sociales.
- Aumentar la capacidad de control de impulsos.

- Mejorar el comportamiento general tanto en el recurso como en el exterior.
- Mantener la ocupación del tiempo.
- PROGRAMA/TALLER:
Atendiendo a los objetivos establecidos por los profesionales del recurso del CRIS del Centro Gran Vía de Castellón, se valoran como adecuados los siguientes talleres para llevar a cabo dichos objetivos:
 - Psicomotricidad, manejo del dinero.
 - Piscina, buenos días, jardinería.
 - Habilidades cognitivas, música.
 - Actualidad, ocio y tiempo libre.

La reevaluación del programa individual de rehabilitación de C.O. indica una evolución positiva. Están minimizando las conductas desadaptativas y las llamadas de atención. Está asumiendo las normas y se siente integrado. Sigue mostrando un comportamiento descontrolado en determinados momentos y ciertos hábitos desorganizados en relación a las Actividades de la Vida Diaria (AVD's). Por otro lado, se observa de manera patente la falta de organización y control familiar lo que hace difícil una contención coordinada fuera del centro.

Por lo que respecta al tratamiento farmacológico, el informe clínico de derivación del psiquiatra de referencia indica que C.O. mantiene un tratamiento combinado de estabilizantes y antipsicóticos con buena tolerancia y respuesta terapéutica parcial. El tratamiento farmacológico actual se compone de: Plenur 1-0-1, Trileptal 600 mg. 1-0-2, Sumial 10 mg. 1-0-1, Solian 200 mg. 1-0-2, Diazepán 10 mg. 0-0-1.

Ciclo sueño/vigilia → El usuario refiere una buena rutina para acostarse y para levantarse. Se levanta todas las mañanas antes de las 9:00h y suele acostarse a las 22:00h de la noche entre semana y sobre las 00:00h los fines de semana, dependiendo de la programación que se ofrezca en la televisión. Explica que, a menudo, se acuesta con ansiedad debido a las discusiones que se producen con sus hermanos.

C.O. refiere despertarse a menudo de madrugada con la necesidad de fumar tabaco. Suele despertarse para fumar sobre las 3:00h – 4:00h de la mañana.

7.3 EVALUACIÓN DEL CASO.

Siguiendo con los protocolos de evaluación y la instrumentación disponible en el recurso del CRIS del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón, las herramientas utilizadas para complementar la entrevista inicial y realizar el diagnóstico correspondiente al usuario del presente estudio son las que siguen a continuación:

- BIS-11. Escala de impulsividad de Barrat (ver Anexo 2. Pruebas administradas).
La escala de Barrat BIS-11 valora la presencia de un patrón de conducta impulsiva mantenida a largo plazo, siendo una escala clínica de rasgo. Incluye 3 dimensiones: cognitiva (tendencia a tomar decisiones rápidas), motora (tendencia a actuar de forma súbita) y ausencia de planificación (mayor interés por el presente que por el futuro). La utilización del instrumento BIS-11 se basa en la necesidad de ratificar las observaciones diagnósticas señaladas por el psiquiatra de referencia que indican en el usuario comportamientos impulsivos, conductas inapropiadas y desinhibición en las relaciones sociales.

FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA: 07/01/2015

PUNTUACIÓN:

I. COGNITIVA: 16

I. MOTORA: 13

I. NO PLANEADA: 22

I TOTAL: 51

INTERPRETACIÓN. No existen puntos de corte, aunque se ha propuesto la mediana de la distribución como puntuación para la interpretación de los resultados. En el estudio de validación española las medianas obtenidas en una muestra de pacientes psiquiátricos fueron: Impulsividad Cognitiva: 9,5; Impulsividad Motora: 9,5; Impulsividad no Planeada: 14; Puntuación Total: 32,5 (Bodes García y cols., 2002).

Atendiendo a la mediana de distribución el usuario C.O. muestra una puntuación general significativamente elevada de impulsividad. Atendiendo a cada una de las dimensiones observamos una puntuación más elevada, comparando la mediana de distribución, en la *impulsividad no planeada*.

- R-459 ESCALA DE EVALUACIÓN DEL INSIGHT. Escala elaborada por el Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón para valorar la conciencia de enfermedad de los usuarios del centro (ver Anexo 2. Pruebas administradas).

El objetivo de la administración de la prueba es, por un lado, valorar la conciencia de enfermedad que presenta el usuario C.O. y, por otro lado, conocer las atribuciones y causas que atribuye el usuario a tal enfermedad.

FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA: 07/01/2015

PUNTUACIÓN TOTAL: 12 (PUNTUACIÓN MÁXIMA: 14).

INTERPRETACIÓN: C.O. presenta una alta conciencia de enfermedad. El usuario del recurso del CRIS C.O. es consciente de que padece una enfermedad mental pero no es capaz de describir con precisión las características de la misma.

Cuando se le pregunta por las causas que atribuye a la presencia de tal enfermedad refiere como motivo principal el suceso de contenido sexual con su primo menor de edad y el visionado de pornografía.

- SFS – AI. Birchwood, Smith y cols. 1990 (R. Jiménez G^a-Bóveda y A.J. Vázquez Morejón). Escala de funcionamiento social (ver Anexo 2. Pruebas administradas).

La Escala de Funcionamiento Social (SFS) es un instrumento fiable, diseñado específicamente para la evaluación del funcionamiento social de personas diagnosticadas con esquizofrenia – si bien es aplicable igualmente para la evaluación de otros trastornos psicóticos.

La conveniencia de administrar este instrumento al usuario del recurso del CRIS C.O. radica en la necesidad de corroborar el diagnóstico previo realizado de *alteración de la conducta por trastorno de la personalidad de etiología psicógena*.

El instrumento aporta información, no solo acerca del funcionamiento social general del usuario, sino que también nos permite profundizar sobre su disposición para tomarse la medicación, la relación que mantiene con su familia y la información que dispone acerca de su patología.

FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA: 07/01/2015

PUNTUACIÓN TÍPICA TOTAL: 114

PC PUNT. TÍP. TOTAL: 90

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL GLOBAL: SUPERIOR.

DATOS COMPLEMENTARIOS:

ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN. P.D: 3. Medio Riesgo.

RELACIÓN FAMILIAR. P.D: 5. Medio Riesgo.

INFORMACIÓN. P.D: 0. Alto Riesgo.

INTERPRETACIÓN: Los datos indican un buen funcionamiento social del usuario a nivel global.

En la sección referente a los datos complementarios, muestran en C.O. una buena *disposición para tomarse la medicación* pero que se hace necesario recordarle casi siempre que debe tomarse sus medicamentos. Por otro lado, su *relación con los familiares*, pese a no ser considerada de riesgo, se encuentra envuelta en tensiones recurrentes. Por último, los datos referentes a la *información* que el usuario muestra acerca de su enfermedad son muy deficientes. El usuario no es capaz de poner un nombre a su patología y cree ser debida a conductas tales como ver pornografía. El usuario refiere no haber recibido información acerca de su enfermedad.

- BPRS. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Lukoff, D.; Nuechterlein, K.H. & Ventura, J. 1986) (ver Anexo 2. Pruebas administradas).

El BPRS es un instrumento que permite la obtención de 24 variables clínicas, calificadas sobre una escala de gravedad tipo Likert entre 1 y 7, y 5 subescalas (ansiedad-depresión, trastornos del pensamiento, anergia, activación y hostilidad), así como una puntuación global.

Su rápida aplicación hace de este instrumento una medida factible para el usuario C.O. que, debida a su discapacidad intelectual, suele mostrar rechazo en instrumentos que resultan demasiado densos.

FECHA DE ADMINISTRACIÓN: 13/01/2015

PUNTUACIÓN SOBRE UNA ESCALA LIKERT DE 1 A 7.

1. ANSIEDAD-DEPRESIÓN

Preocupación somática: 4

Ansiedad: 3

Depresión: 1

Culpa: 6

TOTAL: 14

2. TRASTORNO DE PENSAMIENTO

Desorganización conceptual: 1

Grandiosidad: 1

Alucinaciones: 1

Contenido inusual del pensamiento: 1

TOTAL: 4

3. ANERGIA

Aislamiento emocional: 2

Retardo Motor: 1

Afecto Embotado: 1

Desorientación: 2

TOTAL: 6

4. ACTIVACIÓN

Tensión: 1

Manierismos y posturas: 1

Excitación: 1

TOTAL: 3

5. HOSTILIDAD

Hostilidad: 5

Susplicia: 1

No cooperatividad: 1

TOTAL: 7

INTERPRETACIÓN: C.O. muestra una puntuación significativamente alta en la escala "Ansiedad-Depresión". Atendiendo a las subescalas de dicha escala, la *preocupación somática* y el *sentimiento de culpa* muestran una puntuación moderada-severa. Las puntuaciones obtenidas en la escala "Trastorno de pensamiento" descartan sintomatología psicótica.

En la escala “Hostilidad” destaca una puntuación significativamente elevada en la subescala *hostilidad*.

Por otro lado, además de la puntuación obtenida en cada una de las escalas, la entrevista realizada durante la administración del BPRS (adjuntada íntegramente en el Anexo 1. Pruebas administradas) recoge información muy relevante sobre la sintomatología presentada. Los puntos más relevantes recogidos en la entrevista son los siguientes:

- Preocupación significativa por el peso y la figura.
 - Ansiedad producida por el desconocimiento de su patología.
 - Relaciones familiares conflictivas.
 - No refiere sintomatología depresiva.
 - Sentimiento de culpabilidad referente a conductas sexuales pasadas.
 - Sentimiento de culpabilidad referente a generación de una minusvalía.
 - Conductas agresivas llevadas a cabo ante discusiones exclusivamente familiares.
 - No refiere sintomatología psicótica.
 - No muestra ideación suicida.
- WAIS-III. Escala Wechsler de Inteligencia para adultos (ver Anexo 2. Pruebas administradas). Administración de la versión abreviada.

La administración del WAIS III permite ponderar el funcionamiento intelectual del usuario C.O., diagnosticado por su psiquiatra de referencia de Retraso Mental Leve.

FECHA DE ADMINISTRACIÓN: 22/01/2015

PUNTUACIONES.

FIGURAS INCOMPLETAS. PD: 21. PE: 11

CLAVE DE NÚMEROS – CODIFICACIÓN. PD: 38. PE: 3

SEMEJANZAS. PD: 10. PE: 5

DÍGITOS. PD: 7. PE: 2

ESCALA TOTAL.

PE: 57,75

CI: 65

CENTIL: >99,9

INTERVALO DE CONFIANZA: 90% - 95%

INTERPRETACIÓN: Cumple criterios diagnósticos para un Retraso mental leve.

PRUEBAS RECOGIDAS PARA VALORAR EL TCA.

- ✓ ENTREVISTA CLÍNICA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (TA) (Perpiñá, 1998) (Ver Anexo 2. Pruebas administradas).

La entrevista clínica de Perpiñá permite una valoración amplia a través de distintos apartados: Estado actual del paciente (peso), hábitos alimentarios, área social y autoestima.

FECHA DE ADMINISTRACIÓN: 24/12/2014

INTERPRETACIÓN: De las respuestas indicadas por el usuario C.O. se infieren los siguientes puntos:

- Existen antecedentes familiares de trastorno de la conducta alimentaria.
 - Padece de sobrepeso durante la infancia y la adolescencia.
 - Utiliza el ayuno como conducta compensatoria después de una comida que él considera excesiva. Se salta principalmente el desayuno y el almuerzo. En momentos puntuales la cena.
 - Reconoce comer entre horas, principalmente en situaciones en las que se siente nervioso.
 - Ha recibido las burlas de otras personas por su peso durante la infancia y la adolescencia. Las burlas venían dadas principalmente por sus hermanos.
 - Muestra una preocupación significativa por el peso y por la figura. Preocupación que le ha llevado a pesarse de manera compulsiva durante varios meses. Actualmente tiene prohibido el pesado en el centro al que acude pero sigue pesándose en otros lugares (farmacia).
 - No se siente a gusto con su cuerpo.
 - Refiere tener siempre mucha hambre. Reconoce la presencia de atracones más de dos veces a la semana.
 - A nivel social refiere tener más amigos que antes pero las restricciones de sus padres en sus salidas no le permiten conocer gente.
 - No se infieren problemas de autoestima pero refiere que le gustaría tener un cuerpo mejor y estar más delgado.
- ✓ BITE (Test de investigación bulímica, Edimburgo) (Henderson y Freeman, 1987) (ver Anexo 2. Pruebas administradas).
- El Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE) es una medida para evaluar las características cognitivas y conductuales del trastorno por atracón y la bulimia nerviosa. Este instrumento resulta útil para discriminar entre sujetos no clínicos, anoréxicos con o sin síntomas bulímicos y bulímicos con o sin historia de anorexia. En el caso que nos ocupa, el autoinforme BITE nos permite complementar la información obtenida durante la entrevista clínica de trastornos alimentarios de Perpiñá (1998).
- FECHA DE ADMINISTRACIÓN: 08/01/2015
- PUNTUACIÓN SÍNTOMAS: 22
- PUNTUACIÓN GRAVEDAD: 6
- INTERPRETACIÓN: Muestra un patrón de comportamiento alterado con una gravedad significativa. Posible Bulimia Nerviosa.
- ✓ EAT-26 (Cuestionario de las actitudes hacia la comida) (Garner y Garfinkel, 1979. Versión española adaptada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991) (ver Anexo 2. Pruebas administradas).
- El EAT-26 es una versión reducida del EAT original (Garner, et al., 1982) que consta de 26 ítems. El objetivo de este instrumento es evaluar la presencia de actitudes y conductas asociadas con la anorexia nerviosa, especialmente aquellas relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso a adelgazar y los patrones alimentarios restrictivos.

El EAT-26 se compone de tres factores: “Hacer Dieta” (evitación de alimentos altos en calorías y preocupación de estar más delgado); “Bulimia y preocupación por la comida” (creencias relacionadas con comida e indicadores de bulimia); y “Control Oral” (auto-control en la conducta de comer y presión percibida para incrementar el propio peso que ejercen los demás).

FECHA DE ADMINISTRACIÓN: 08/01/2015

PUNTUACIÓN: 24

PUNTUACIÓN F. I (Restricción alimentaria): 15

PUNTUACIÓN F. II (Bulimia y preocupación por la alimentación): 9

PUNTUACIÓN F. III (Control oral): 0

INTERPRETACIÓN: Puntuación significativamente alta (punto de corte establecido es de 20). Los datos obtenidos en los tres factores indican un patrón de sintomatología bulímica.

PRUEBAS RECOGIDAS PARA VALORAR EL TRASTORNO ORGÁSMICO MASCULINO.

- ✓ VALORACIÓN HISTORIA MÉDICA Y PSICOLÓGICA (Adaptado de Carnwath y Miller, 1989) (ver Anexo 2. Pruebas administradas).

Protocolo elaborado a partir de las indicaciones de Carnwath y Miller (1989) acerca de los factores orgánicos y psicológicos que deben ser valorados en la evaluación de una disfunción sexual.

FECHA DE ADMINISTRACIÓN: 09/01/2015

INTERPRETACIÓN: La información recogida en el presente protocolo nos permite inferir los siguientes aspectos:

- El usuario no presenta ninguna patología orgánica que pueda explicar su disfunción sexual (disfunción que, por otro lado, sabemos que se produce en momentos puntuales de actividad sexual con otras personas pero no en situaciones sexuales individuales tales como la masturbación).
- No refiere problemas de erección en ninguna de las prácticas sexuales llevadas a cabo hasta el momento.
- C.O. presenta ideas obsesivas acerca del peso y del propio cuerpo, generando en él ansiedad ante la propia imagen.

- ✓ VALORACIÓN DE CONDUCTAS SEXUALES (Adaptado de Friedman, Weiler, Lopiccolo y Hogan, 1982) (ver Anexo 2. Pruebas administradas).

Protocolo elaborado a través de los aspectos que autores como Friedman, Weiler, Lopiccolo y Hogan (1982) remarcan como básicos en la evaluación de las disfunciones sexuales.

FECHA DE ADMINISTRACIÓN: 09/01/2015

INTERPRETACIÓN: La información recogida en el presente protocolo nos permite inferir los siguientes aspectos:

- El usuario refiere haber mantenido contacto sexual a la edad de 11 años con su primo menor de edad (5-6 años). Este suceso supone un trauma, tanto para el usuario como para la familia, que le acompaña durante las subsiguientes relaciones sexuales.

- A lo largo de la adolescencia mantiene relaciones sexuales esporádicas con diferentes parejas sexuales. Estas relaciones sexuales se centran, principalmente en caricias en los genitales y masturbación mutua. En todas ellas reconoce no haber sido capaz de alcanzar el orgasmo, dificultad que no presenta cuando se masturba individualmente.
- Las conductas sexuales habituales se basan en la masturbación individual.
- El usuario cuenta con varios factores cognitivos que afectan a su normal desempeño sexual.
 - Ansiedad de ejecución. Pensamientos tales como no saber cómo llevar una relación sexual, causar daño a la pareja sexual o dejarla embarazada le invaden durante la ejecución sexual, a pesar de no haberse producido penetración vaginal.
 - Valores y creencias morales. Muestra interiorizada la creencia de que llevar a cabo relaciones sexuales antes del matrimonio supone un pecado. Esta creencia también se extrapola a la masturbación y a las fantasías sexuales.
 - Sentimientos de culpabilidad. Durante los encuentros sexuales mantenidos hasta ahora, refiere tener pensamientos acerca del suceso ocurrido con su primo, algo que le provoca la incapacidad para alcanzar el orgasmo.
 - No refiere miedos irracionales respecto al orgasmo.
- Los factores cognitivos afectan a sus relaciones sociales, principalmente a las relaciones con mujeres que le generan una atracción física. Refiere tener miedo de acercarse a las chicas por un posible rechazo o por no saber cómo llevar la interacción (refiere temer no saber hasta dónde debe o no debe acercarse físicamente).
- El retraso mental leve diagnosticado al usuario C.O. exacerba las dificultades que muestra para adquirir o hacer un uso adecuado de sus habilidades sociales/interpersonales y comunicativas.
- No refiere padecer o haber padecido anteriormente problemas orgánicos que expliquen su disfunción sexual.

✓ CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSETTS (MGH).

Escala autoadministrada de 5 ítems que explora 5 áreas de funcionamiento sexual: Interés, excitación, orgasmo, erección y satisfacción global. Cada ítem se valora mediante una escala de 6 posibles respuestas, desde mayor funcionamiento de lo normal a ausencia total, que puntúan entre 1 y 6. El punto de corte para cada pregunta se sitúa en 2, donde <2 es normal y >2 es disfuncional.

La sencillez y facilidad de administración de la escala MGH la convierten en una herramienta útil para valorar posibles disfunciones sexuales en el usuario C.O.

FECHA DE ADMINISTRACIÓN: 09/01/2015

PUNTUACIÓN:

A. INTERÉS: 2

A. EXCITACIÓN: 2

A. ORGASMO: 4

A. ERECCIÓN: 2

A. SATISFACCIÓN GLOBAL: 4

INTERPRETACIÓN: Las áreas que se muestran afectadas son el área “orgasmo” y el área “satisfacción global”.

DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

De acuerdo a las valoraciones realizadas por el psicólogo en prácticas durante el mes de diciembre de 2014 y el mes de enero de 2015, con una evaluación multiaxial DSM IV-TR, el usuario C.O. cumple criterios diagnósticos para las siguientes patologías:

Eje I. 50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50]

F52.3 Trastorno orgásmico masculino, Adquirido, Situacional, Debido a factores psicológicos (antes orgasmo masculino inhibido) [302.74]

Eje II. F70.9 Retraso mental leve [317] (diagnóstico principal)

Eje III. Ninguno

Eje IV. Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Perturbación familiar por abuso sexual del usuario C.O. a su primo menor de edad; Disciplina inadecuada; Conflictos con los hermanos.

Eje V. EEAG = 61 (actual)

NOTA: El presente diagnóstico, realizado a partir de las valoraciones llevadas a cabo durante la fase de evaluación, es modificado durante las primeras sesiones de tratamiento (en el módulo psicoeducativo), momento en el que el usuario confiesa provocarse el vómito en una media de dos a tres veces por semana. De acuerdo a la información nueva aportada el diagnóstico 50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50] pasa a ser substituido por el trastorno alimentario F50.2 Bulimia nerviosa tipo purgativo [307.51]. El diagnóstico diferencial se realiza atendiendo a esta modificación.

EQUIVALENCIAS DIAGNÓSTICAS CON EL DSM-5 (2013)

El psicólogo en prácticas utiliza el DSM-IV-TR (2000) por ser el manual de psicodiagnóstico utilizado en el Centro de Atención a la Dependencia Gran Vía de Castellón. A pesar de ello, puesto que se ha facilitado, durante la formación académica en el Máster en Psicopatología, Salud y Neuropsicología, información acerca del uso del DSM-5 (2013), se lleva a cabo una revisión de dicho manual para asegurar la conveniencia de los trastornos diagnosticados.

- ✓ F70.9 Retraso mental leve [317] (diagnóstico principal). El DSM-5 sustituye el término *retraso mental* por *discapacidad intelectual* utilizando así el término de uso habitual en la profesión médica, educativa y otras, así como en la legislación pública y grupos de influencia (DSM-5, 2013).

Los criterios diagnósticos no muestran diferencias significativas con respecto a los establecidos en el DSM-IV-TR (2000) y la codificación indicada según la gravedad

determinada como “leve” prescribe el diagnóstico como F70 Discapacidad intelectual leve (317).

- ✓ F50.2 Bulimia nerviosa tipo purgativo [307.51]. El DSM-5 (2013) mantiene el mismo término de Bulimia Nerviosa y los criterios diagnósticos utilizados en el DSM-IV-TR (2000). Por otro lado utiliza dos nuevas especificaciones: la primera referida a la remisión de la patología (parcial o total) y la segunda referida a la gravedad actual (escala Likert –Leve, Moderado, Grave, Extremo-). El DSM-5 (2013) elimina el subgrupo purgativo/no purgativo.

De acuerdo a las nuevas indicaciones, el diagnóstico según el DSM-5 quedaría reflejado como F50.2 Bulimia nerviosa, gravedad moderada (307.51).

- ✓ F53.3 Trastorno orgásmico masculino, Adquirido, Situacional, Debido a factores psicológicos (antes orgasmo masculino inhibido) [302.74]. El término trastorno orgásmico masculino queda sustituido en el DSM-5 (2013) por el de eyaculación retardada y los criterios diagnósticos no presentan diferencias significativas con respecto a los criterios del DSM-IV-TR (2000) que puedan cuestionar la validez del diagnóstico establecido al usuario C.O. Se mantienen las especificaciones indicadas en el DSM-IV-TR referidas a la naturaleza del inicio del trastorno (De por vida o Adquirido) y su contexto de aparición (Generalizado o Situacional), y queda eliminado el subtipo para indicar los factores etiológicos. Por otro lado, el DSM-5 (2013) añade la especificación de gravedad (Escala Likert –Leve, Moderado, Grave-).

De acuerdo a las nuevas indicaciones, el diagnóstico según el DSM-5 quedaría reflejado como F52.32 Eyaculación retardada, Adquirida, Situacional, de gravedad Moderada (302.74).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A continuación se presentan la justificación del diagnóstico a través de la exclusión de otras posibles patologías que pudieran presentar un cuadro clínico semejante al establecido.

F50.2 Bulimia nerviosa tipo purgativo [307.51]

- Anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo. El peso del usuario es de 80 kilos con un IMC de 25, por lo que se encuentra en un peso normal, descartando de esta manera una anorexia nerviosa.
- Síndrome de Kleine-Levin. El usuario no ha presentado hasta el momento hipersomnia y su preocupación por el peso y el aspecto físico son significativos.
- Trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos. Las pruebas de evaluación realizadas al usuario C.O. descartan un trastorno depresivo.
- Trastorno límite de la personalidad. A pesar de los conflictos familiares recurrentes que se dan en el domicilio de C.O., no se detecta un patrón inestable en las relaciones interpersonales, muestra una afectividad estable y no se observan conductas impulsivas que resulten dañinas para sí mismo.

F52.3 Trastorno orgásmico masculino, Adquirido, Situacional, Debido a factores psicológicos (antes orgasmo masculino inhibido) [302.74]

- Trastorno sexual debido a una enfermedad médica. No se han observado en el usuario C.O. daños neurológicos o fisiológicos que expliquen su patología sexual. C.O. muestra dificultades para alcanzar el orgasmo en situaciones sexuales de pareja, siendo capaz de alcanzarlo durante una masturbación individual, por lo que el trastorno orgásmico tiene una etiología psicológica.
- Trastorno sexual inducido por sustancias. C.O. no consume ningún tipo de sustancia tóxica. La patología sexual que presenta, al darse de manera situacional, descarta la posibilidad de tratarse de un efecto secundario de la medicación administrada al usuario.
- Trastorno de la erección en el varón. Las erecciones del usuario son normales.
- Otro trastorno de Eje I. Las patologías adicionales detectadas en el usuario C.O. no explican el trastorno orgásmico masculino.
- Trastorno sexual no especificado. El usuario C.O. cumple con los criterios diagnósticos para un trastorno orgásmico masculino y no se observan otros signos de trastornos sexuales alternativos.
- Problemas orgásmicos ocasionales. El usuario muestra dificultad para alcanzar el orgasmo en todas las relaciones sexuales que ha mantenido hasta el momento, todas ellas mantenidas con diferentes parejas sexuales, por lo que se observa un patrón conductual mantenido en el tiempo.

F70.9 Retraso mental leve [317] (diagnóstico principal)

Los criterios diagnósticos de retraso mental no incluyen ningún criterio de exclusión; por consiguiente, el diagnóstico debe establecerse siempre que se cumplan los criterios diagnósticos, prescindiendo de la posible presencia de otro trastorno (DSM-IV, 1995).

7.4 TRATAMIENTO.

A partir de la información recogida a lo largo de la evaluación psicológica del usuario C.O. los objetivos planteados para la intervención terapéutica son los siguientes:

- ✓ Extinguir las conductas purgativas e instaurar unos hábitos alimentarios saludables.
- ✓ Modificar las creencias disfuncionales y los pensamientos automáticos del usuario acerca de la comida y el aspecto físico.
- ✓ Favorecer una conciencia plena de la patología existente y de los verdaderos motivos por los que tiene asignada una minusvalía.
- ✓ Generar una actitud crítica acerca de los prejuicios y creencias previas acerca de la sexualidad.
- ✓ Mejorar las habilidades sociales y comunicativas del usuario en contextos de relación con personas de su sexo contrario.
- ✓ Procurar una mejora de su auto concepto y valía personal.

Para alcanzar los objetivos propuestos, teniendo presente la documentación recogida sobre los protocolos de tratamiento empíricamente validados para las diferentes patologías encontradas en el sujeto C.O., el tratamiento propuesto es el siguiente:

PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO BASADO EN LA EVIDENCIA.

TRATAMIENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA TCA.

1. MÓDULO PSICOEDUCATIVO.

El objetivo de este primer módulo es proporcionar al usuario C.O. toda la información necesaria sobre el trastorno y aspectos relacionados. Los puntos trabajados en este módulo son los siguientes:

- Definición del problema y aspectos relacionados.
 - Desajuste en la alimentación.
 - Aspectos negativos de saltarse comidas y su ineficacia para perder peso.
 - Aspectos negativos del vómito y su ineficacia para perder peso. A pesar de que el usuario afirma que los vómitos se han producido de manera muy puntual y no siguen ninguna pauta concreta (se trata de una conducta que no fue comunicada durante la entrevista previa), se considera necesario abordar este tema, con el objetivo de conocer por un lado la frecuencia con la que se produce esta conducta compensatoria y, por otro lado, dar al usuario los conocimientos oportunos para que valore la utilidad de esta conducta.
 - Teoría del “Set Point”/Tasa metabólica. Se le explicará el mecanismo mediante el cual nuestro organismo logra mantener el peso de manera estable (dentro de nuestro rango natural) y cómo influye el hecho de reducir o aumentar la ingesta sobre nuestro peso.

- Peso meta (60 Kilos para una altura de 1'78 cm). Peso no saludable teniendo en cuenta su IMC.
- Conductas de comprobación. Pesado en báscula.
- Introducir Índice de masa corporal (IMC). Enseñarle a determinar si su peso es saludable o si se encuentra en sobre- o infra-peso.

$$\text{IMC} = \text{Peso (kilos)} / \text{Altura}^2 (\text{m})^2$$

VALORES DEL IMC (OMS)

<16- Peso extremadamente bajo
 16-18 Significativamente bajo
 20-25 Peso saludable
 27-30 Sobrepeso
 30-40 Obesidad
 40 > Obesidad mórbida

Figura 1: Valores IMC (OMS).

- Relación de los malos hábitos de alimentación con los hurtos de comida en los supermercados.
- Causas y mantenedores del problema. Dependencia/afectación de las opiniones de sus familiares.
- Introducción del programa de tratamiento que se va a llevar a cabo y la necesidad del mismo.
 - Introducción del modelo cognitivo.
 - Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.
 - Exposición de situaciones sociales.
- Otras dudas. En este módulo también se resolverán todas las dudas que le surjan al paciente acerca del problema.
- * TALLERES DIRIGIDOS POR ENFERMERIA. Dentro de los protocolos de tratamiento empíricamente validados se considera recomendable habilitar un módulo específico en el que se explica con detenimiento la intervención en los TCA desde el punto de vista de enfermería.
 - Importancia de los nutrientes.
 - Cuatro grupos de alimentos.
 - Cambios en los requerimientos de energía.
 - Distribución de la proporción de nutrientes.
 - Balance energético. Gasto metabólico necesario.
 - Elaboración de menús.

*NOTA: El taller lo llevará a cabo el psicólogo en prácticas con el material proporcionado por el equipo de enfermería del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón.

2. MÓDULO MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO.

El objetivo de este módulo es facilitar al usuario el deseo de cambiar, ayudándole a que tome conciencia de dónde se encuentra y dónde querría estar, fomentando en él la necesidad de un cambio en su actitud para solucionar el problema. Las actividades que se pueden llevar a cabo en este módulo para mejorar la implicación del usuario son las siguientes:

- Describir la situación actual en la que se encuentra y qué aspectos le gustaría mejorar.
- Describir como imagina su vida sin su problema.

3. MÓDULO COGNITIVO.

A pesar de que no se observa en C.O. la realización de deporte de manera excesiva, sí manifiesta, durante la primera sesión de psicoeducación, haberse provocado el vómito con el objetivo de perder peso en algún momento puntual. También encontramos momentos puntuales en los que el usuario del recurso del CRIS se salta alguna comida (tiende a saltarse sobre todo el desayuno). Por otro lado, C.O., refiere pesarse a menudo (actualmente tiene controlada esta conducta de comprobación, aspecto que será modificado para poder establecer una línea base de la realización de dicha conducta) para poder controlar los cambios de peso que va realizando al cabo de las semanas. Estos aspectos nos permiten inferir una importancia excesiva del peso y de la figura en C.O.

Por todo esto, el objetivo de este módulo será abordar los pensamientos automáticos o creencias irracionales que se producen en C.O., y facilitarle creencias alternativas, realistas y más positivas acerca de su peso y la importancia del mismo.

En este módulo también se abordará la dependencia que muestra C.O., a los comentarios que sus hermanos realizan sobre su peso y que mantienen, e incluso exacerban, la sintomatología de nuestro caso.

El primer paso a seguir será identificar la sobrevaloración del peso. En el caso que nos ocupa, al no tratarse de un TCA específico, cabe la posibilidad de que la importancia que le da C.O. al peso sea menor de lo esperable. De todos modos, este ejercicio nos ayudará a conocer, no solo cuál es la importancia que C.O., otorga a la figura y control del peso, sino también cuánto valora aspectos como la familia, amigos, etc.

Para llevar a cabo este propósito se elaborará una lista con aspectos importantes para C.O., y se le indicará que los valore a través de una escala Likert de 0 a 10 (0= “nada importante para mí”; 10= “Importancia máxima en mi vida”).

Con estos datos se elaborará una gráfica circular que nos ayude a comprobar, de un modo más visual, la importancia que C.O., otorga a cada aspecto de su vida.

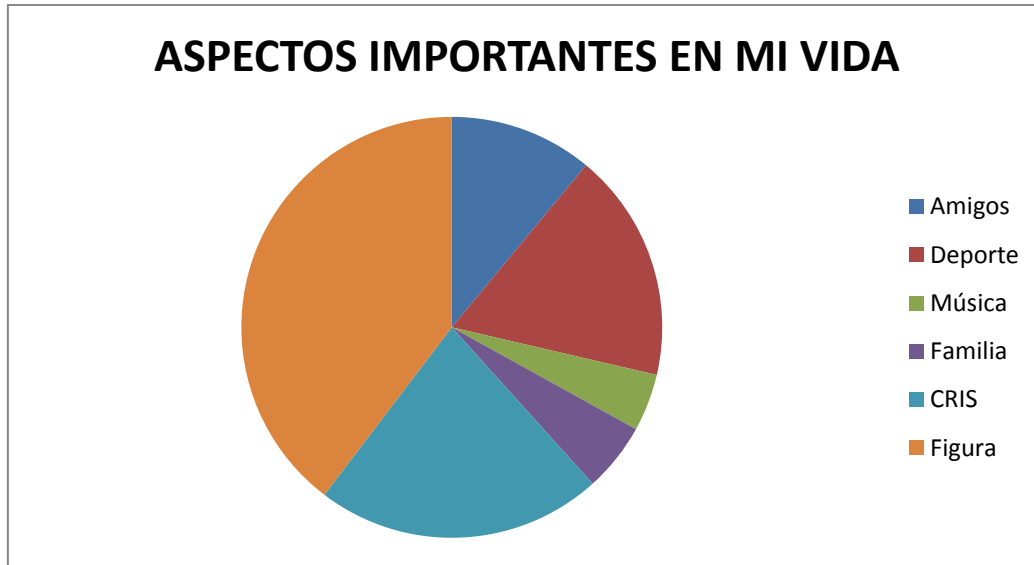


Figura 2: Ejemplo de Gráfico circular “Aspectos importantes en mi vida”.

Esta actividad nos permitirá también identificar actividades importantes para C.O., en las que pueda verse comprometido y que, de poder llevarse a cabo, nos permitan redefinir su autoconcepto y mejorar su autoestima.

Una vez obtenidos estos datos acerca de la importancia que tiene para el usuario del recurso del CRIS su aspecto físico se procederá a discutir el acuerdo o desacuerdo que pueda tener con la distribución mostrada en la gráfica. Esta discusión nos permitirá introducir la técnica de la Reestructuración Cognitiva.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.

MÓDULO 1. PRESENTACIÓN DEL MODELO ABC.

El primer paso para introducir la base lógica de la técnica de reestructuración cognitiva consiste en explicarle al usuario del recurso del CRIS la importancia del papel de los pensamientos en las emociones. Para ello, le explicaremos el modelo ABC por medio del ejemplo clásico de Beck de los cristales rotos.

Mediante el ejemplo se le muestra a C.O., la relación entre lo que pensamos y cómo reaccionamos. La conclusión a la que queremos que llegue es la siguiente: Ante un acontecimiento (A), la consecuencia (C), es decir, cómo nos sentimos y cómo actuamos depende de la interpretación (B) que se haga del acontecimiento. Observando que la consecuencia emocional y/o comportamental (C) sigue casi inmediatamente al acontecimiento (A), la persona puede tender a pensar equivocadamente que las manifestaciones emocionales y comportamentales que siguen al acontecimiento están causadas por la situación, es decir, que C es consecuencia de A:

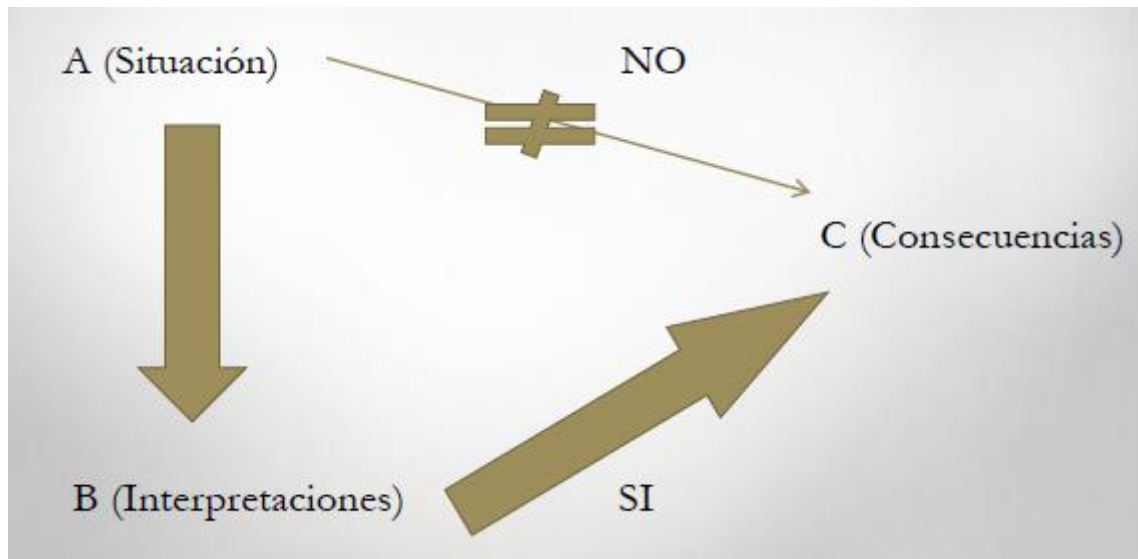


Figura 3: Modelo ABC Beck.

Sin embargo, como se ha puesto de manifiesto en el ejemplo anterior, podemos ver que lo que produce el malestar emocional y determinadas consecuencias comportamentales no son las situaciones, sino la interpretación que hacemos de esas situaciones.

Por último, el psicólogo en prácticas le explicará a C.O., que la parte positiva de todo esto es que podemos cambiar las creencias irracionales o pensamientos automáticos negativos que nos producen las consecuencias emocionales y comportamentales desadaptativas, podemos aprender a tener control sobre ellas.

MÓDULO 2. CÓMO IDENTIFICAR LAS CREENCIAS IRRACIONALES O PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.

Una vez presentado el modelo del ABC y destacado la importancia de las interpretaciones de las creencias o pensamientos irracionales, a continuación es relevante que el usuario entienda en qué consisten ese tipo de creencias.

¿Qué son las creencias irracionales?

El psicólogo en prácticas explicará a C.O., que las creencias irracionales son interpretaciones **equivocadas** que hacemos de situaciones que ocurren en nuestras vidas. Ya se ha visto en el módulo anterior que esas interpretaciones o pensamientos erróneos pueden producir sentimientos desagradables, como ansiedad, tristeza, desesperación, etc., por lo tanto, ahora es necesario enseñarle a identificar esas creencias para poder cambiarlas por otras más racionales. Por otro lado, ayudaremos al usuario C.O. a relacionar estos pensamientos con conductas tales como los atracones (comer emocional) que lleva a cabo después de experimentar esa emoción negativa.

Características de las creencias irracionales o pensamientos automáticos negativos:

1. Son automáticos:

Esto quiere decir que acuden a la mente de una forma rápida y repentina, por lo que dan la sensación de que no podemos controlarlas voluntariamente.

2. Comienzan muy a menudo con “debería o debo” “tendría o tengo que”.

Se trata de auto-imposiciones que en lugar de ayudarnos, nos paralizan.

Ejemplos: “Debería hacerlo todo bien, si no siempre seré un inútil” “Tengo que ser siempre agradable, si no todo el mundo me rechazará”.

3. Incluyen términos absolutos:

Términos como nunca, siempre, todo, nadie, todo el mundo,...

Ejemplo: “He cometido un error, no valgo nada, siempre seré un desastre”.

4. Tienden a dramatizar:

Predicen catástrofes, suponen lo peor.

Para que C.O., entienda mejor las características de las creencias irracionales, se pueden poner ejemplos de algunas de ellas. Además, se le puede animar a que recuerde alguna creencia irracional con estas características que haya tenido durante la semana pasada o en algún momento de su vida.

Una vez enseñado al usuario del recurso del CRIS las características de las creencias irracionales, a continuación se le explicarán **cómo identificarlas**. Para ello se le indicará que siga los siguientes pasos:

- 1º. Observa las situaciones en las que te sientes deprimido, culpable, angustiado, ansioso o con alguna otra emoción perturbadora.
- 2º. Fíjate en los pensamientos que tienes en esos momentos en los que estás sintiendo esas emociones.
- 3º. Identifica los pensamientos que tengan las características de las creencias irracionales que ya se han comentado.

En esta fase, es importante que el psicólogo en prácticas indique que, al principio, es difícil pero que no ha de desanimarse, ya que una vez que se acostumbre en la búsqueda de esos pensamientos, comenzará a controlarlos rápidamente.

Para entrenarle en la detección de este tipo de pensamientos, se le pide que como tarea para casa anote dichos pensamientos en un auto-registro. En dicho registro, C.O., anotará las situaciones a lo largo de la semana en las que se haya sentido perturbado emocionalmente (triste, ansioso, enfadado...) con el objetivo de detectar los pensamientos que se le pasan por la mente en dichas situaciones, prestando especial atención a los pensamientos que posean las características ya señaladas. Además de la fecha y la situación, el usuario anotará la emoción asociada al pensamiento y evaluará la intensidad de la misma en una escala de 0 a 10 (0= ninguna intensidad; 10= máxima intensidad), el pensamiento o pensamientos que le acudan a

su mente, evaluando también el grado de creencia en los mismos en una escala de 0 a 100 (0= “no lo creo en absoluto”; 100= “lo creo totalmente”) y su comportamiento.

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO (0-100)	EMOCIÓN (0-10)	COMPORTAMIENTO

MÓDULO 3. CÓMO RETAR LOS PENSAMIENTOS O CREENCIAS IRRACIONALES.

Una vez que el psicólogo en prácticas le ha enseñado al usuario a conocer las características de las creencias irracionales y a identificarlas, el siguiente paso es enseñarle a dudar de dichas creencias o pensamientos irracionales. Es necesario ponerlas a prueba y ver si es el único modo de ver las cosas. Se le explicará que ambos, psicólogo y usuario, van a trabajar como si fueran científicos y van a considerar los pensamientos negativos como hipótesis. Por lo tanto, los pondrán a prueba. Para ello, el terapeuta utilizará el diálogo socrático con la finalidad de conseguir que, por medio de preguntas, sea el propio usuario el que genere evidencias, pensamientos alternativos y llegue a sus propias conclusiones siguiendo una serie de pasos que se presentan a continuación.

1º. Identificar el pensamiento negativo y la emoción asociada:

El psicólogo en prácticas pedirá a C.O., que identifique el pensamiento negativo que se va a poner a prueba y evalúe su grado de creencia en el mismo en una escala de 0 a 100 y la emoción asociada a ese pensamiento (p.ej., tristeza, ansiedad,...) y que valore también la intensidad de la misma en una escala de 0 a 10.

2º. Buscar evidencias que fundamenten dicho pensamiento:

Se trata de analizar las evidencias o pruebas a favor y en contra de que se cumpla o sea cierto el pensamiento irracional o automático (¿En qué se basa para pensar que el pensamiento es cierto? ¿Cómo llega a la conclusión de que el pensamiento es cierto? ¿Es un hecho o una opinión? ¿Qué información refuta ese pensamiento? ¿En qué ocasiones el pensamiento ha demostrado no ser cierto?).

Pruebas a favor	Pruebas en contra

3º. Pensar en la probabilidad real de que el pensamiento es cierto:

Teniendo en cuenta las evidencias a favor y en contra analizadas en el paso anterior, se trata de pensar y valorar de nuevo la probabilidad real de que ocurra o sea cierto el contenido del pensamiento irracional en una escala de 0 a 100.

4º. Generar pensamientos alternativos:

Se trata de generar posibles pensamientos alternativos más realistas, más objetivos y menos negativos a ese pensamiento automático y evaluar el grado de creencia en este o estos pensamientos más realistas en una escala de 0 a 100.

5º. Desdramatizar:

Este paso consiste en quitarle hierro al asunto, es decir, pensar si las consecuencias que tendría lo que dice el pensamiento irracional realmente son tan catastróficas. Se le podría introducir del siguiente modo: “En el caso de que el pensamiento negativo fuera cierto y si se cumplieran las consecuencias de lo que predice el pensamiento irracional, ¿esto sería tan horrible? ¿Sería lo peor que te puede pasar en la vida? ¿Las consecuencias serían tan catastróficas?”

6º. Valorar la utilidad del pensamiento negativo:

Consiste en preguntarse para qué sirve el pensamiento irracional, qué ventajas tiene. Se trata de valorar la utilidad del pensamiento negativo tanto a nivel emocional como comportamental: ¿de qué me sirve pensar así? ¿Este pensamiento me ayuda a alcanzar mis objetivos?

7º. Reevaluar la creencia en el pensamiento negativo y la intensidad de la emoción:

Para finalizar, el psicólogo en prácticas hará un pequeño resumen de los pasos anteriores y reevaluará el grado de creencia que tiene C.O., en el pensamiento negativo (0-100) y la intensidad de la emoción (0-10). El objetivo es comprobar si después de desdramatizar el pensamiento y valorar la utilidad del mismo, ha disminuido aún más el grado de creencia en el mismo y la intensidad de la emoción negativa que experimenta C.O.

La primera discusión cognitiva, siguiendo cada uno de los pasos anteriores, se realiza en sesión con el psicólogo en prácticas. Después, el paciente tendrá que llevar a cabo discusiones cognitivas de los pensamientos irracionales que tenga a lo largo de la semana como tarea para casa. Una vez introducidos los pasos de la discusión cognitiva, se le entrega al usuario un auto-registro más completo que le permita registrar los pensamientos alternativos más realistas y evaluar su grado de creencia en los mismos.

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO (0-100)	EMOCIÓN (0-10)	PENSAMIENTO ALTERNATIVO (0- 100) EMOCIÓN (0-10)	COMPORTAMIENTO

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Una vez clara la técnica de reestructuración cognitiva y observado cierta flexibilidad cognitiva por parte del usuario para cuestionar sus pensamientos irracionales y cambiar estos por unos pensamientos más realistas y positivos, el siguiente paso será ayudar al paciente a buscar la mejor solución a sus problemas diarios. C.O. verbaliza que, ante las discusiones producidas con sus familiares y los insultos y burlas de sus hermanos acerca de su peso, o del peso que tuvo en el pasado y que todavía se lo recuerdan, a pesar de encontrarse en un rango de peso saludable

(IMC = 20'45), su respuesta para afrontar ese tipo de situaciones es, entre otras, comer de manera desproporcionada para aliviar su nerviosismo y ansiedad.

Por este motivo se considera fundamental dotar a C.O. de herramientas que le permitan afrontar estas situaciones de un modo más funcional y adaptivo. Para alcanzar este objetivo se utilizará la técnica de solución de problemas. Los pasos que se llevarán a cabo son los siguientes:

INTRODUCCIÓN DE LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Continuamente, a lo largo de nuestra vida nos enfrentamos a diferentes problemas. Algunos de estos pueden ser triviales (por ejemplo, elegir la ropa que me voy a poner por la mañana), otros, sin embargo, pueden resultar cruciales para la persona (por ejemplo, elegir la carrera). En estas situaciones, el entrenamiento en solución de problemas constituye un modo útil de enfrentarse a decisiones difíciles. En concreto, la técnica de solución de problemas es una técnica inicialmente propuesta por D'Zurilla y Goldfried (1971) que está destinada a que se mejoren las habilidades y competencias para solucionar los problemas.

PASOS DE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Para una correcta aplicación de la técnica de solución de problemas los autores proponen una serie de pasos a seguir. Estos pasos están integrados en un proceso que no tiene que seguirse exactamente en ese orden, de manera que se puede ir hacia delante o volver hacia atrás para la consecución de los objetivos. En primer lugar, está la **orientación del problema**. El psicólogo en prácticas indagará sobre la percepción del problema que tiene el usuario del recurso del CRIS elegido para el presente estudio de caso único así como en la valoración de sus causas. En caso necesario transmitirá una serie de actitudes que serán facilitadoras para resolver el problema. Posteriormente, se **formula y define el problema** para lo que se contará con una participación activa de la persona tanto en la búsqueda de información relevante y objetiva como en el establecimiento de metas realistas. En tercer lugar, se **generarán alternativas** para la resolución del conflicto que se presenta. Nuevamente, usuario y psicólogo en prácticas trabajarán conjuntamente con los objetivos fijados. Llega el momento de que la persona **tome una decisión** y elija una alternativa, por lo tanto, el psicólogo en prácticas guiará a C.O. para desarrollar una serie de estrategias y tácticas con las que ponerla en práctica. De esta manera, llegamos al quinto y último paso del proceso propuesto por D'Zurilla y Goldfried, 1971, en el que se lleva a cabo el **plan de práctica y se comprueban los resultados** que la persona ha obtenido, que en último lugar será la resolución adecuada del conflicto que se presentaba.

ORIENTACIÓN DEL PROBLEMA.

Mediante este primer paso de la técnica de solución de problemas se trabajará principalmente con la actitud que presenta el usuario a la hora de enfrentarse a un problema o a una situación determinada. La actitud que suelen tener las personas cuando acuden a consulta es una actitud negativa. Algunas de las verbalizaciones que suelen realizar en cuanto a esta situación-problema son del tipo “Esto sólo me ocurre a mí”, “Este problema me desborda”, “No puede hacer frente a este problema” o “Soy el culpable de todo”.

Por lo tanto, en este punto es importante hacer entender a C.O. que una actitud negativa de este tipo no ayuda a la resolución eficaz de la situación. Por ello, los objetivos principales que conforman esta fase son, en primer lugar, desarrollar una actitud facilitadora a la hora de resolver problemas y alentar hacia la reflexividad. Es decir, la persona ha de aprender a identificar las situaciones problema cuando se presentan, evitando las culpabilizaciones destructivas.

Además, el psicólogo en prácticas y el usuario del recurso del CRIS trabajarán para determinar las causas del problema de una forma objetiva. En último lugar, lo que se pretende es que C.O. muestre una adecuada actitud que le permita aceptar que los problemas son parte de la vida diaria y que hay que sentirse capaz de hacerles frente. Esto además le ayudará a reconocer las situaciones problema cuando se nos presentan y a no responder de forma impulsiva, en su caso, a través de la ingesta de comida de forma compulsiva.

Es importante que el psicólogo en prácticas constataste que se han logrado generar estas actitudes en C.O. Si se mantienen actitudes no facilitadoras o no se logran los objetivos propuestos para esta fase, la toma de decisiones final se verá afectada, así como los pasos siguientes a la “orientación del problema”.

FORMULACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

Cuando se ha logrado una adecuada orientación hacia el problema por parte del usuario, se pasará a la segunda fase de la técnica. El objetivo fundamental de esta fase es evaluar el problema y establecer qué quiere conseguir C.O. Para ello, usuario y psicólogo en prácticas trabajarán conjuntamente y se llevarán a cabo una serie de tareas principales. Estas tareas son, en primer lugar, buscar toda la información relacionada con el problema. C.O. actuará como un investigador para recoger todos los datos necesarios para hacer una buena formulación de la situación. De esta manera, se logrará especificar operacionalmente el problema, empleando términos claros y concretos, así como determinar las causas que favorecen la aparición y mantenimiento del problema y las variables realmente relevantes. En este punto, puede ser de gran utilidad que el usuario responda a una serie de preguntas que aportarán información relacionada con el problema. Por ejemplo, ¿podría decirme quién está implicado en el problema?, ¿desde cuándo le sucede?, ¿dónde y cuándo comenzó esto?, ¿cómo se siente debido al problema?, ¿qué es lo que pretende conseguir dada la situación en la que se encuentra ahora? En esta fase en la que nos encontramos se obtendrá información suficiente de tal manera que se puedan formular y fijar objetivos concretos y realistas a los que quiere llegar el usuario, con la ayuda del psicólogo en prácticas, para resolver su problema.

GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS.

En esta fase se pretende como tarea principal que C.O. genere el mayor número posible de alternativas para que sea más probable encontrar soluciones eficaces a su problema o para conseguir la meta o metas propuestas. Para ello se seguirán los principios básicos de la técnica de Brainstorming de Osborn (1963). El psicólogo en prácticas seguirá estos principios en el trabajo con el usuario del recurso del CRIS para que la generación de alternativas se haga de una forma adecuada y se asegurará que C.O. los haya entendido correctamente. En primer

lugar está el **principio de cantidad**. Mediante este principio el psicólogo en prácticas explica al usuario que a mayor número de alternativas se puedan generar mejor. Es decir, cuanto mayor sea el número de alternativas generado, mayor posibilidad existe que entre todas ellas se encuentre una solución eficaz para el problema que tiene C.O. Además, siguiendo otro de los principios, el **principio de variedad**, el psicólogo en prácticas expondrá al usuario la importancia de que se generen alternativas variadas. Así, cuanto más variadas sean las alternativas generadas, mayor posibilidad existe de que entre todas ellas se encuentre una solución eficaz para el problema que presenta C.O. En este punto del proceso que se está siguiendo, el psicólogo en prácticas ha de acordar con C.O. que no es el momento ahora de valorar si las alternativas que se generan son alternativas adecuadas o no. Incluso pueden ser ideas “sin sentido” por ello se “aplazará el juicio” y se generarán tantas alternativas como se ocurran (**principio de aplazamiento de juicio**).

TOMA DE DECISIONES.

En la fase anterior, C.O. ha generado un conjunto de alternativas posibles para resolver su problema. El psicólogo en prácticas ha actuado como guía en este proceso. Llega ahora el momento de elegir la o las alternativas más apropiadas, que se convierte en el objetivo principal de esta fase. El psicólogo en prácticas explicará al usuario del recurso del CRIS de forma detenida unos criterios que pueden ayudarle en la toma de decisiones y de los que puede hacer uso (D’Zurilla, 1993). Así, se le transmitirá al usuario que ha de tener en cuenta que la o las alternativas elegidas han de **resolver el conflicto** o la situación problema de la forma más adecuada posible. Además, la o las alternativas que finalmente elija han de generar **bienestar emocional** a C.O. y han de compensar adecuadamente la **inversión de tiempo y esfuerzo** que realiza (relación tiempo/esfuerzo). En suma, el psicólogo en prácticas explicará al usuario que la o las alternativas elegidas han de proporcionarle un adecuado **bienestar general, personal y social**. Una completa valoración de las opciones seleccionadas siguiendo estos criterios le ayudarán sin duda a llevar a cabo una toma de decisiones óptima. Así, de todas las alternativas generadas en la fase anterior, C.O. desechará las alternativas menos idóneas o inviables y se quedará con las más viables para conseguir los objetivos propuestos. Estas últimas se valorarán más detenidamente. A continuación se ofrece el esquema de uno de los procedimientos más sencillos a seguir en este punto. Mediante este procedimiento, el psicólogo en prácticas pedirá a C.O. que especifique, de cada una de las alternativas elegidas, las consecuencias positivas y negativas que tendría si las pusiera en marcha. La opción que finalmente debe elegir (como la opción más válida) será aquella que maximice las consecuencias positivas y minimice las consecuencias negativas.

VALORAR LAS CONSECUENCIAS	
Alternativa:	
Consecuencias positivas:	Consecuencias negativas:
-	-
-	-
-	-
Total:	Total:

PUESTA EN PRÁCTICA Y VERIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Una vez C.O. ha elegido la mejor alternativa con la que poner solución a su problema, el siguiente paso que ha de dar es la puesta en práctica. Además, para poder conocer si el problema se ha resuelto y si se han alcanzado los objetivos propuestos, se ha de hacer una valoración adecuada de los resultados obtenidos. Para ello se llevará a cabo una comprobación empírica de la eficacia de la solución, aplicada a la vida real. El psicólogo en prácticas pedirá al usuario del recurso del CRIS que observe y registre los resultados obtenidos. Para esto será de gran utilidad el **uso de auto-registros** y, en consecuencia, el psicólogo en prácticas ha de entrenar a C.O. en cómo cumplimentarlos. Esto ayudará al usuario a poder conocer de una forma precisa si se ha solucionado la situación problema. Además, en esta observación que hará el usuario sobre la idoneidad de la solución planteada al problema, se han de incluir una serie de **variables conductuales** que nos permitan conocer la ejecución que hace C.O. de la alternativa así como **emocionales**, que nos permita saber el bienestar generado en la persona con la puesta en marcha de la alternativa elegida. Para ello, el registro debe contener información sobre cómo y de qué manera llevó a cabo la alternativa elegida, si se sentía habilitado durante su realización o si, por ejemplo, le ayudó alguien. Al mismo tiempo los registros deben contener información sobre si C.O. se ha sentido calmado o satisfecho durante su realización para obtener la información emocional necesaria. Se pueden utilizar escalas de 0 – 10 para valorar el bienestar y la satisfacción.

AUTO-REGISTRO

SOLUCIÓN ELEGIDA	
PASOS SEGUIDOS	
ACTITUD	
AYUDA EXTERNA	
¿SOLUCIONA EL PROBLEMA?	
EMOCIÓN	ANTES: DURANTE: DESPUÉS:
AUTO-REFUERZO	

Para cada casilla, el usuario del recurso del CRIS deberá rellenar lo siguiente:

SOLUCIÓN ELEGIDA. Alternativa elegida de entre todas las disponibles.

PASOS SEGUIDOS. Conductas llevadas a cabo desde la elección de la solución hasta la culminación de la misma.

ACTITUD. El usuario hará constar si se sentía habilitado/torpe, motivado/desmotivado, seguro/inseguro, etc.

AYUDA EXTERNA. En esta casilla, C.O. deberá escribir, si se produce, quién le ayuda, y de qué manera le ayuda, en el momento de llevar a cabo la solución elegida.

¿SOLUCIONA EL PROBLEMA? C.O. escribirá en esta casilla si el problema se resuelve o no.

EMOCIÓN. Se hará constar la emoción experimentada Antes, Durante y Después de llevar a cabo la solución elegida.

AUTO-REFUERZO: En esta casilla se escribirán los refuerzos utilizados por el propio usuario para reconocer su trabajo. Podrán ser refuerzos físicos (comprarse un cd de música, ir al cine, etc.) o afectivos (reconocimiento de la experimentación de emociones como el orgullo o la alegría).

Una vez se obtiene la comprobación empírica sobre la eficacia de la solución, el psicólogo en prácticas y el usuario del recurso han de conocer si el problema se ha solucionado. Si este es el caso, entonces se habrá cumplido con éxito la aplicación de la técnica y se finalizará el proceso. En el caso de que no se haya solucionado el problema (valoración negativa del proceso), se deberá analizar y determinar conjuntamente las variables responsables de lo sucedido. Algunas de las causas a las que se pueden deber la no resolución del problema y que el psicólogo en prácticas planteará al usuario es que se haya producido un fallo en la ejecución de la alternativa elegida. Si surge este caso, se animará al usuario para intentar mejorar la puesta en práctica. Si no se debe a un fallo en la ejecución, se habrá de repetir el proceso total o parcialmente empezando por el paso inmediatamente anterior para determinar dónde está el error.

4. MÓDULO CONDUCTUAL.

Desde el inicio del tratamiento, se facilitará al usuario y su familia, una serie de registros que nos permitirán conocer los avances del tratamiento y su mejora o empeoramiento en sus hábitos alimentarios. Teniendo en cuenta el retraso mental leve que padece el usuario y la posibilidad de manipular los registros, se toma la decisión de hablar con los familiares para que sean ellos los que cumplimenten los registros.

Los registros que se utilizarán durante el tratamiento de la bulimia nerviosa serán los siguientes:

➤ REGISTRO DE CONDUCTAS DE COMPROBACIÓN (PESADO)

Desde el recurso del CRIS del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía se informa al psicólogo en prácticas que el sujeto C.O. muestra conductas obsesivas de pesado, demandando de forma continuada acudir al despacho de enfermería para poder pesarse. El personal del recurso optó por prohibir al usuario pesarse en el centro.

Con el objetivo de medir la intensidad de la demanda y el deseo de pesarse para comprobar su peso actual se solicita al equipo del recurso del CRIS permitir al usuario C.O. pesarse cada vez que lo demande, de tal manera, se espera obtener una primera línea base acerca de la cantidad e intensidad de demandas realizadas para utilizar la báscula del centro, durante la intervención terapéutica del psicólogo en prácticas.

Las variables del registro de la conducta de comprobación de C.O. son las siguientes:

FECHA	HORA	INTENSIDAD DE LA DEMANDA (1-3)	PESO INDICADO	VERBALIZACIONES DEL USUARIO TRAS EL PESADO

NOTA: INTENSIDAD DE LA DEMANDA (1-3). Escala Likert de 1 a 3:

1. Baja. Lo pide una única vez y cuando se le indica el momento para poder pesarse lo acepta sin necesidad de volver a repetirle la indicación.
2. Media. Acepta la indicación del momento del día en el que podrán atenderlo para pesarse pero necesita volver a preguntarlo en una o en más de una ocasión para asegurarse del momento indicado.
3. Alta. Una vez indicado el momento en el que podrá pesarse reitera insistentemente su intención de querer pesarse.

La persona que cumplimentará el registro será quién acompañe al usuario C.O. al departamento de enfermería para pesarse.

Es importante tener en cuenta que el usuario deberá conocer su IMC y el significado de las conductas de comprobación antes de comenzar el pesado en el centro. Por todo ello, será necesaria una sesión de psicoeducación en la que se planteen estos temas, antes de permitirle recuperar el hábito del pesado. El objetivo de esta premisa, como se ha explicado anteriormente, es comprobar el avance del usuario durante el tratamiento.

➤ REGISTRO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS.

Tal y como queda indicado en la historia clínica del usuario C.O. entre sus hábitos alimentarios se encuentra el ayuno durante la mañana (se salta principalmente el desayuno y de forma esporádica el almuerzo) y las comidas abundantes entre horas. Por este motivo se llevará a cabo un registro, cumplimentado por la madre de C.O., para controlar los hábitos alimentarios del sujeto.

Este registro empezará a llevarse a cabo después de realizar el módulo psicoeducativo de enfermería y una vez que el usuario tenga clara la idea de que el ayuno, como conducta compensatoria, no resulta útil como método para perder peso. También será clave que C.O. interiorice el circuito que supone el ayuno u otras conductas compensatorias con el atracón.

Las variables que quedan reflejadas en el registro son las siguientes:

FECHA	DESAYUNO	ALMUERZO	COMIDA	MERIENDA	CENA	COMIDA ENTRE HORAS

Para facilitar a la madre del usuario C.O. la cumplimentación del registro se entrega, junto con la tabla del registro, un documento en el que se detalla como rellenar cada variable. La madre del usuario debe indicar, para cada variable, si se realiza o no cada comida, y el contenido y cantidad de alimento ingerido.

➤ **SEGUIMIENTO DE LAS CONDUCTAS PURGATIVAS.**

A pesar de la buena disponibilidad de los padres del usuario C.O. para colaborar en el tratamiento de su hijo, los métodos educativos que utilizan se basan en el castigo físico y represivo, de tal manera que cualquier conducta disruptiva de C.O. es corregida, por sus padres, con conductas agresivas y con la prohibición de asistir al recurso del CRIS, asistencia que, para el usuario, es muy positiva y reforzante. Teniendo en cuenta estos aspectos y observando, durante la entrevista realizada a los padres del usuario, la sensibilidad que muestran con aquellos aspectos relacionados con los hábitos alimentarios y del aspecto físico, se toma la decisión, para evitar consecuencias negativas para C.O., de no informar a los familiares de las conductas purgativas de su hijo. Por ello, no se llevarán a cabo registros en su domicilio para valorar el uso de esta conducta compensatoria durante la intervención terapéutica. En su lugar, se optará por valorar la presencia de estas prácticas durante las sesiones, que por otro lado, al ser diarias, no supone un esfuerzo memorístico por parte del usuario C.O.

Para que resulte útil este método de observación conductual resulta imprescindible establecer un buen vínculo entre el psicólogo en prácticas y el usuario del recurso. Es importante que se establezca una relación terapéutica de mutua confianza y que el usuario entienda perfectamente la función del psicólogo en todo el recorrido terapéutico.

La actitud del psicólogo en prácticas estará siempre mediada por la empatía, con un tono cálido y comprensivo, evitando verbalizaciones que puedan ser entendidas como reproches por la realización de tales conductas compensatorias.

Al inicio de cada sesión se preguntará al usuario por los hábitos alimentarios, el uso de purgas o discusiones familiares que hayan podido facilitar atracones u otras conductas negativas relacionadas con ingerir comida fuera de las cinco comidas diarias recomendadas. Es importante que se refuerce al usuario por todos los avances conseguidos y que se motive la normalización de la ingesta y la retirada de las conductas compensatorias.

5. MÓDULO PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

El objetivo de este módulo es hacer un repaso de lo trabajado en las sesiones anteriores y de los cambios experimentados por el usuario C.O. a lo largo de la intervención terapéutica. Se analizará, junto con el usuario, los factores que hayan podido contribuir al cambio y la atribución de la mejoría por parte de C.O. Por último, se explica qué son las recaídas y cómo hacerles frente. Para ello se facilitará un documento con aquellos puntos más importantes que se han ido trabajando a lo largo de las sesiones y que le ayuden a afrontar las situaciones de riesgo que se le puedan presentar en su día a día. Es importante señalar que el psicólogo en prácticas facilitará al usuario el material trabajado en cada sesión por lo que en este último documento aparecerán los puntos más relevantes de una manera sintetizada. Este material se presentará en un formato PowerPoint para facilitar su lectura. Los puntos considerados como más relevantes que el usuario deberá tener presente son los siguientes:

- Las burlas y menosprecios de otras personas acerca de nuestro peso, a pesar de no ser, en muchas ocasiones, objetivas o reales, provocan en nosotros un profundo malestar que se traduce en una visión distorsionada de nuestro cuerpo. Por tanto, es importante que cuestionemos de manera objetiva estos comentarios despectivos y utilicemos argumentos veraces para desmontarlos.
- Este estado de malestar con nuestro cuerpo lleva a que utilicemos métodos que, además de no hacernos perder peso, resultan gravemente perjudiciales para nuestra salud.
- Una de las explicaciones sobre la inutilidad de estos métodos para perder peso la encontramos en la teoría del “Set Point”. Esta teoría nos explica que cuando el cuerpo detecta un desajuste en nuestra alimentación pone en marcha mecanismos para restablecer su equilibrio. Uno de esos mecanismos es el hambre.
- El hambre puede alcanzar niveles insoportables, lo que nos lleva a comer más cantidad de alimento del que consumiríamos si lleváramos a cabo las cinco comidas diarias, por lo que, con el ayuno, en lugar de perder peso, terminamos aumentándolo.
- La mejor manera de determinar si nuestro peso es saludable es a través del cálculo de nuestro IMC. El IMC establece una serie de rangos de peso, perder o ganar uno o dos kilos no resulta una medida objetiva de nuestro cambio corporal, por lo que el pesado continuado no nos resulta útil.
- Métodos como la provocación del vómito tampoco resultan útiles para perder peso. Además de no ser eficaz las consecuencias físicas que lleva consigo la provocación del vómito son extremadamente negativas y no compensa el peso que pueda llegar a perderse con esta práctica. Algunas de las consecuencias son daños en el riñón, anomalías neurológicas (se ven reflejadas a través de espasmos musculares u hormigueos en las piernas), daños en la boca y el paladar, deterioro de los dientes (en casos crónicos puede ocasionar la pérdida de la dentadura), etc.
- El mejor método para mantener un peso saludable es realizar las cinco comidas diarias (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena), llevar una alimentación variada y realizar ejercicio físico de manera moderada.
- La interpretación que hacemos de determinadas situaciones propician un estado de ánimo negativo, aspecto que nos hace vulnerables a recaer y volver a hábitos alimentarios negativos. Para evitar este tipo de consecuencias nos resultará siempre útil seguir los pasos de la técnica de reestructuración cognitiva. Debemos tener presente que son las interpretaciones que hacemos de determinadas situaciones las que nos hacen generar emociones negativas y nos llevan a realizar conductas que no nos son saludables (p.ej. el atracón o la provocación del vómito). Por ello, es importante que aprendamos a detectar nuestros pensamientos irracionales, que los juzguemos y comprobemos su veracidad y, una vez estén debidamente cuestionados, busquemos pensamientos alternativos más realistas y veraces.
- En ocasiones, los métodos que utilizamos para resolver los problemas que nos surgen en nuestro día a día, lejos de solucionar nuestros problemas, nos provocan un profundo malestar y, en muchos casos, empeoran nuestro problema. Para poder utilizar las soluciones más efectivas a nuestros problemas, nos resultará muy útil seguir los pasos de la técnica de solución de problemas. Aprender a valorar los aspectos positivos y negativos

de nuestras alternativas de solución nos ayudará a elegir los métodos más eficaces para afrontar nuestros problemas.

NOTA: Teniendo en cuenta que el usuario presenta más de una patología, este módulo se llevará a cabo junto con el módulo específico de prevención de recaídas para el trastorno orgásmico masculino, al finalizar la intervención terapéutica con todos los trastornos presentados.

TRATAMIENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA EL TRASTORNO ORGÁSMICO MASCULINO.

1. MÓDULO PSICOEDUCATIVO.

El objetivo de este módulo es favorecer al usuario C.O. toda la información necesaria acerca de la sexualidad y su ciclo de respuesta corporal. Por otro lado, se tendrán muy presentes los factores cognitivos que interfieren en la conducta sexual, aspecto más importante en la etiología de la disfunción sexual de C.O.

Tal y como se ha presentado anteriormente, el usuario del recurso del CRIS tiene interiorizada la creencia de que el motivo por el que tiene asignada una minusvalía son las relaciones sexuales llevadas a cabo con su primo, así como todas aquellas conductas sexuales que lleva a cabo (masturbación, visionado de pornografía, etc.). Esta creencia genera en C.O. sentimientos de culpabilidad y ansiedad en aquellas situaciones sociales en las que surge la posibilidad de relacionarse con alguna persona que le resulta sexualmente atractiva. Por todo ello, en este módulo psicoeducativo también se añadirá el diagnóstico del Retraso Mental Leve como motivo por el que tiene asignada dicha minusvalía. La estructura que se llevará a cabo en este módulo seguirá los siguientes puntos:

- Comunicación del diagnóstico del Retraso Mental Leve y explicación de los aspectos característicos de dicha patología.

Partiendo de la idea de que el termino retraso mental puede suponer para el usuario un daño a nivel emocional innecesario, se utilizará el termino discapacidad intelectual o déficit de las capacidades intelectuales/adaptativas.

En primer lugar se proporcionará información acerca del significado de los conceptos “capacidad intelectual” y “capacidad adaptativa” y de las funciones que engloban estos términos.

Una vez claros estos términos, se enfocará la información en los déficits específicos en estas capacidades y las áreas que se ven afectadas por la merma en estas capacidades, tales como dificultades para cuidar de sí mismo, problemas en el área doméstica (cuidar de su hogar, hacerse la comida, etc.), ausencia de habilidades para relacionarse con los demás o para solucionar problemas de carácter social, dificultades para controlar sus impulsos o para cuidar de su salud, etc.

Un aspecto fundamental en este apartado es el abordaje de la etiología de la patología. Se debe hacer hincapié en todos los factores que intervienen en el desarrollo de esta patología.

- Factores biomédicos. Factor que engloba aspectos tales como la heredabilidad, el desarrollo neurológico y orgánico, la nutrición durante la infancia o la salud.
- Factores sociales. Factor que incide en aspectos tales como abusos u otros traumas en la infancia.
- Factores conductuales. Factores como el consumo de sustancias psicoactivas u otras conductas que supongan un daño neurológico durante el desarrollo de una persona.
- Factores educativos. Déficit en la escolarización.

Para finalizar este primer apartado del módulo psicoeducativo es importante generar la idea de que, a pesar de que este déficit en las capacidades intelectuales y adaptativas es un problema crónico que acompaña al ser humano mientras vive, con determinados apoyos se puede conseguir una buena adaptación social, un dominio básico de capacidades académicas y laborales sencillas y convertirse en personas capaces de valerse por sí mismas.

➤ Relación de los factores cognitivos con la ejecución de las relaciones sexuales.

A pesar de que el protocolo de tratamiento cuenta con un módulo específico donde se abordarán todos aquellos factores cognitivos que afectan al desempeño sexual es importante que se introduzcan este tipo de factores que propician las dificultades orgásmicas que presenta el usuario.

Los factores en los que se hará mayor incidencia son:

- Ansiedad de ejecución.
- Valores y creencias morales.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Miedos irracionales respecto al orgasmo.

Se tomará nota de todos ellos para poder trabajarlos en el módulo cognitivo específico a través de la técnica de reestructuración cognitiva.

2. MÓDULO MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO.

El usuario C.O. presenta más de una patología psicológica. Además del trastorno orgásmico masculino, cumple criterios diagnósticos para una Bulimia Nerviosa. El trastorno de la conducta alimentaria, al causar mayor interferencia en el usuario, se trabajará en primer lugar, por lo que, durante el tratamiento de la Bulimia Nerviosa, se establece un módulo de motivación para el cambio que tiene como objetivo implicar al usuario C.O. en el tratamiento y mejorar su adherencia al mismo. Teniendo presente este punto, se establece en este protocolo de tratamiento para el trastorno orgásmico masculino un nuevo módulo de motivación para el cambio, más breve que el primero, que ayude a C.O. a delimitar aquellas conductas relacionadas con su área social/sexual que le gustaría poder mejorar.

Para este módulo se dará al usuario la instrucción de escribir aquellos aspectos que le gustaría poder realizar normalmente y que supondría una mejora en su vida.

3. MÓDULO COGNITIVO.

Uno de los factores que más interferencia causan en el usuario C.O. en el momento de practicar alguna conducta sexual son los valores y creencias morales adquiridas a través de la

comunidad religiosa a la que pertenece. Estos pensamientos generan en el usuario un importante sentimiento de culpa provocando en el momento de la conducta sexual la dificultad de alcanzar el orgasmo. Todo esto se ve exacerbado por la ansiedad que refiere el usuario durante la ejecución de la conducta sexual, inclusive imaginarse manteniendo esas conductas, algo que provoca la evitación del contacto con otras personas que le son atractivas sexualmente.

En este módulo deben quedar clarificados los factores cognitivos que interfieren durante la conducta sexual. Los puntos que deberán estar debidamente identificados son los siguientes:

- Ansiedad de ejecución.
- Valores y creencias morales.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Miedos irracionales respecto al orgasmo.
- Otros pensamientos irracionales/desadaptativos.

Con el objetivo de ayudar a C.O. a identificar y modificar todas aquellas cogniciones que entorpecen sus conductas sexuales, se establece un apartado en el que, a través de la técnica de *Reestructuración Cognitiva*, se pondrán a prueba todos aquellos pensamientos que surgen cuando mantiene algún tipo de conducta sexual y que interfieren en su normal funcionamiento. Una vez identificados estos pensamientos y puestos a prueba con la técnica sugerida, se generarán nuevos pensamientos que generen actitudes más positivas con respecto al sexo.

NOTA: La técnica de Reestructuración Cognitiva ha sido debidamente desarrollada en el protocolo de tratamiento para la Bulimia Nerviosa por lo que no se considera necesario desarrollarla en este punto (ver página 76, “REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA”).

Por otro lado, en la ansiedad que manifiesta el usuario C.O. no llevar a cabo de manera adecuada una relación sexual o ser rechazado por una posible pareja sexual se infiere la necesidad de aplicar una técnica que ayude al usuario a prever este tipo de conflictos y ayudarle a encontrar el mejor método para poder solventarlos. Para ello se hará uso de la técnica de *Solución de problemas*, explicada anteriormente en el apartado de tratamiento para la Bulimia Nerviosa (ver página 80, “ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS”).

4. MÓDULO CONDUCTUAL.

Actualmente C.O. no cuenta con una pareja sexual estable por lo que no es posible llevar a cabo las técnicas conductuales propuestas en los protocolos de tratamiento empíricamente validado donde se abordan aquellas conductas sexuales que se llevan a cabo con la pareja sexual y que, se presupone, aparecen dificultades que impiden al sujeto alcanzar el orgasmo.

El objetivo de este módulo es ayudar al usuario C.O. a poner a prueba las habilidades cognitivas trabajadas en las sesiones previas, exponiéndole a aquellas situaciones sociales temidas en las que le produce ansiedad relacionarse con mujeres que le generan una atracción física. Este tipo de situaciones resultan difícilmente controlables en ambientes externos a la

terapia porque suponen la interacción con personas externas a la misma y no podemos manejar las reacciones de los demás. Para poder generar un ambiente controlado en el que poder observar las conductas del usuario ante este tipo de situaciones se llevará a cabo la técnica de *exposición* en situaciones previamente preparadas a través de *ensayos de conducta en un juego de roles*.

TÉCNICA DE EXPOSICIÓN.

- **PRESENTACIÓN DE LA TÉCNICA.** Se proporcionará a C.O. información acerca de las consecuencias negativas que tiene la evitación de aquellas situaciones temidas que suponen el contacto con una mujer que le genera una atracción física (mantenedor del problema) y cómo funciona el proceso de habituación (curva de ansiedad). Una vez claros estos conceptos se le explicará el método a seguir: exposición gradual desde las situaciones más fáciles a las más difíciles, variando la situación a través del uso de moduladores en ambientes controlados en un juego de roles.
- **DELIMITAR LAS CONDUCTAS PROBLEMA.** En esta fase pediremos al usuario que nos describa todas aquellas situaciones/estímulos que teme. En el caso concreto de C.O. la principal situación que le produce ansiedad es el contacto con una mujer que le genera una atracción física, mostrándose nervioso e incómodo cuando tiene que entablar una conversación. Es en esta situación cuando aparecen aquellos pensamientos irracionales o desadaptativos en los que cree que la otra persona tiene una mala opinión de él y le genera el temor a ser rechazado. Por este motivo, se trabajará con esta situación introduciendo moduladores que permitan regular la ansiedad del usuario. La situación se llevará a cabo en el contexto de un juego de roles en el que participará el usuario y una educadora del recurso.
- **INTRODUCIR LA ESCALA DE USAS.** En esta fase de la técnica se organizarán los moduladores de la situación temida en función del nivel de ansiedad que le producen. Para establecer el nivel de ansiedad se utilizará una escala Likert de 0 a 10 especificando el valor de cada número.

SITUACIÓN	MODULADOR	ANSIEDAD
		0 - 10
		0 - 10
		0 - 10
		0 - 10

- **SELECCIONAR LA SITUACIÓN DE LA JERARQUÍA DE EXPOSICIÓN, SEGÚN LOS NIVELES DE DIFICULTAD.** Se debe empezar por aquellos moduladores que generen en C.O. niveles de ansiedad moderados (4-5 USAs).
Antes de cada ensayo se le pedirá al usuario que identifique los pensamientos automáticos que cree que pueden aparecer y la intensidad de la emoción. A través de la discusión cognitiva se pondrán a prueba esos pensamientos y se generarán alternativos (estos se dejarán escritos en un papel para que C.O. pueda consultarlos a lo largo de todo el ensayo).

Además de los pensamientos alternativos quedará señalado el objetivo de cada sesión de exposición. Este objetivo/meta deberá ser apropiado: realista, concreto, comportamental (observable) y bajo nuestro control.

- **EXPOSICIÓN A LA PRIMERA SITUACIÓN DE LA JERARQUÍA.** Es esta fase se deberán tener en cuenta una serie de principios: 1) No abandonar la situación hasta que no haya disminuido la ansiedad, 2) No pasar a una situación nueva (en este caso la misma situación con un modulador que genere más ansiedad) hasta que no se haya superado la anterior y 3) La exposición deberá ser regular, frecuente y prolongada.

Durante el ensayo se le pedirá al usuario C.O. que indique sus niveles de ansiedad cada 2-3 minutos. Una vez finalizado el ensayo se valorarán, junto con el usuario, los resultados obtenidos y como se ha visto durante la prueba. También se hará un gráfico de la ansiedad de C.O. para comprobar la evolución de su estado de ánimo a lo largo del ejercicio (curva de ansiedad).

5. MÓDULO PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

El objetivo de este último módulo es hacer un repaso de lo trabajado en las sesiones anteriores y de los cambios experimentados a lo largo de la terapia. También se analizarán los factores que hayan podido contribuir al cambio y la atribución de la mejoría por parte de C.O. Por último, se explica qué son las recaídas y cómo hacerles frente. Para ello se facilitará un documento con aquellos puntos más importantes que se han ido trabajando a lo largo de las sesiones y que le ayuden a afrontar las situaciones de riesgo. Este documento será entregado junto con las pautas trabajadas en el módulo de prevención de recaídas para el trastorno de la conducta alimentaria (ver página 88, “MÓDULO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS”).

Los puntos clave que se harán constar en el documento referente a la intervención del trastorno orgásmico masculino son los siguientes:

- Aunque las personas expresamos nuestras respuestas sexuales de manera distinta, existe un ciclo en nuestra respuesta sexual que se puede diferenciar en cuatro etapas: Fase de excitación, Fase de meseta o mantenimiento, Fase orgásmica y Fase de resolución. En muchas ocasiones la dificultad para alcanzar una u otra fase se deben a factores psicológicos.
- Manifestar ansiedad durante las relaciones sexuales, tener prejuicios acerca de la sexualidad o experimentar sentimientos de culpabilidad durante el acto sexual son algunos ejemplos de factores cognitivos que dificultan o entorpecen una o varias de las fases que forman parte del ciclo de nuestra respuesta sexual.
- Resulta útil ser críticos con este tipo de pensamientos y analizar tanto su veracidad como su utilidad. Sabemos que la sexualidad es una forma saludable y placentera de contacto con nuestro propio cuerpo y una forma de expresión y comunicación de nuestro afecto, pero no por ello debemos hacer uso de nuestra sexualidad en cualquier momento o de

cualquier manera. Es importante que procuremos elegir un momento y un lugar adecuados que nos permitan disfrutar de nuestra sexualidad sin interferir en los demás.

- La comunicación es un elemento esencial en las relaciones que mantenemos con las personas que nos rodean; también en la sexualidad supone una herramienta básica para crear y mantener relaciones sanas y duraderas.
- Evitar aquellas situaciones que nos resultan incómodas o nos producen ansiedad mantiene ese malestar y no soluciona nuestros problemas. Debemos recordar que la ansiedad, a medida que nos mantenemos en la situación ansiógena, disminuye y nos permite verificar que esas situaciones no son tan catastróficas como creíamos en un principio.
- Cometer errores forma parte de nuestro aprendizaje, por lo que si evitamos aquellas situaciones que creemos que no vamos a saber solventar, difícilmente podremos mejorar nuestras habilidades, por lo que resulta aconsejable que afrontemos aquellas situaciones que nos dan miedo o nos producen ansiedad para poder poner en práctica nuestras habilidades y, de no ser válidas, poder adquirir nuevos conocimientos que nos ayuden a valernos por nosotros mismos.

TRATAMIENTO PARA EL RETRASO MENTAL LEVE.

El recurso del CRIS del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón al que el usuario C.O. está ingresado cuenta con los recursos materiales y humanos para hacer frente al objetivo de lograr una mejora significativa en el nivel de adaptación social. Para ello, el usuario cuenta con un horario especializado donde lleva a cabo una programación de actividades que se detalla a continuación:

1. Programa “Buenos días”. Actividad que se desarrolla por las mañanas y que tiene como objetivos generales facilitar el encuentro de los usuarios, ayudar a orientar a los usuarios en los horarios específicos, fomentar la adquisición de una rutina específica que se mantendrá a lo largo del curso, generar un clima en los talleres que motive a la realización de las actividades el resto del día, tomar conciencia del entorno que nos rodea y la de las noticias que en él ocurren y crear un sentimiento de grupo. Por otro lado, este programa permite desarrollar habilidades cognitivas de orientación temporos espacial y a nivel social permite poner en práctica las habilidades trabajadas en el programa de habilidades sociales. La actividad suele comenzar con una revisión general del estado de los usuarios y, finalizada esa parte, se sigue el siguiente esquema:
 - a. Evaluación de las actividades del fin de semana y puesta en común repasando que cosas importantes les han pasado o han pasado en su entorno.
 - b. Repaso de las actividades del centro, puesta en común de las dificultades surgidas, problemáticas, cambios, etc.
 - c. Planificación de las actividades para el fin de semana.

2. Programa Deporte. Actividad que tiene como objetivos, además de mejorar el estado físico general de los usuarios, fomentar las relaciones interpersonales, reforzar el sentimiento de grupo, y mantener y recuperar habilidades cognitivas superiores del usuario. Los deportes prioritarios en este programa son los deportes de equipo.
3. Programa de Actualidad y Prensa. Actividad que tiene como objetivos la integración social del usuario y el desarrollo de habilidades cognitivas. La actividad propuesta se llevará a cabo a través del análisis de la actualidad global del fin de semana. Tratamiento de la información local. Debate individual o grupal de las diferentes noticias.
4. Programa Planificación del Ocio y Tiempo Libre. El objetivo principal es desarrollar y fomentar la autonomía e independencia de los usuarios del recurso. Por otro lado, también les permite mejorar su autoestima y aprender a manejar el estrés. Las actividades se proponen en función de la disponibilidad y la oferta en instituciones cercanas.
5. Programa Piscina. Mismo enfoque que el programa de deporte. La actividad se lleva a cabo dos días a la semana.
6. Programa Habilidades Cognitivas. Entre sus objetivos generales se encuentra el desarrollo y mantenimiento de las habilidades cognitivas, la motricidad fina y coordinación, y habilidades sociales y personales. Las actividades se dividen en cuatro niveles de dificultad dependiendo del grado de deterioro cognitivo así como del nivel intelectual. Son tres los bloques que componen este programa: 1) Lenguaje, 2) Cálculo y 3) Atención y Memoria.
7. Programa de Habilidades Sociales. Actividad que tiene como objetivo desarrollar la autonomía e independencia de los usuarios. El programa se divide en cuatro bloques:
 - a. Bloque I.
 - i. Aspectos básicos de la comunicación verbal y no verbal.
 - ii. Primeras habilidades sociales.
 - b. Bloque II.
 - i. Asertividad.
 - ii. Empatía.
 - iii. Habilidades sociales en diferentes situaciones de la vida cotidiana.
 - iv. Habilidades sociales avanzadas.
 - c. Bloque III.
 - i. Técnicas de resolución de problemas.

d. Bloque IV.

i. Trabajar la autoestima y la pertenencia al grupo.

8. Programa Psicomotricidad. El objetivo de este programa es fomentar la capacidad sensitiva y perceptiva, a partir de la estimulación de sensaciones del propio cuerpo. Las actividades se preparan de acuerdo a las tablas específicas proporcionadas por el Departamento de Fisioterapia y el protocolo de relajación facilitado por el Departamento de Psicología.

SESIONES DE PSICOTERAPIA.

Partiendo de las patologías encontradas en el usuario y el tiempo disponible para la realización de la psicoterapia, la intervención se llevará a cabo manteniendo la siguiente estructura:

- NÚMERO DE SESIONES: 15-18
- DURACIÓN DE LAS SESIONES: 90 minutos
- FRECUENCIA DE LAS SESIONES: 4 días a la semana (adaptando la sesión al horario de las actividades que el usuario realiza en el recurso del CRIS).

Sesión 1.

Fecha: Lunes, 23 de febrero de 2015.

Intervención para el trastorno de conducta alimentaria.

Psicoeducación (ver Anexo 3. Tratamiento).

- Introducción TCA no especificado.
- Desajuste en la alimentación.
- Afectación de las burlas de otras personas acerca de su peso cuando sufría obesidad y sus creencias actuales acerca del peso y la figura.
- Comer Emocional. Cambios en la ingesta debidos a acontecimientos o a estados de ánimo. En el caso del usuario, los acontecimientos son las discusiones familiares, que provocan en él emociones de ansiedad y nerviosismo.
- Relación entre los malos hábitos alimentarios (ayuno) y conductas disruptivas como robar comida en supermercados.
- Teoría del Set-Point.
- Calculo del IMC. Calculo con el peso actual (70 Kilos) como para el peso objetivo (60 Kilos).

NOTA: El usuario confiesa por primera vez, al verse identificado con la teoría presentada, que ha hecho uso de conductas purgativas. Por este motivo se incidirá en este tema para la sesión siguiente con el objetivo de conocer con exactitud cuánto suele hacer uso del vómito a lo largo de una semana.

Este hecho modificará la segunda sesión de Psicoeducación, añadiendo ese punto al resto de objetivos planeados para esa sesión.

Sesión 2.

Fecha: Martes, 24 de febrero de 2015.

Intervención para el trastorno de conducta alimentaria.

Psicoeducación (ver Anexo 3. Tratamiento).

- Métodos ineficaces para perder peso. Provocación del vómito.
- Efectos físicos y psicológicos del vómito.
- Conductas de comprobación. Pesado en báscula.
- Explicación del registro de pesado. El usuario tendrá la oportunidad de pesarse cada vez que lo pida con el objetivo de obtener una línea base de dicha conducta de comprobación. En el registro se reflejará Fecha, Hora, Intensidad de la demanda (1-3), Peso indicado en la báscula y Verbalizaciones del usuario tras el pesado.
- Introducción psicoeducación módulo enfermería. Alimentación y nutrición.

NOTA: El usuario confiesa que suele vomitar dos veces a la semana, por lo que cumple criterios para F50.2 Bulimia nerviosa, tipo purgativo [307.51]. A partir de ahora este nuevo diagnóstico substituirá al diagnóstico 50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50].

Puesto que se aborda la misma sintomatología, el protocolo de tratamiento no será modificado.

Sesión 3.

Fecha: Miércoles, 25 de febrero de 2015.

Intervención para el trastorno de la conducta alimentaria.

Psicoeducación módulo enfermería (ver Anexo 3. Tratamiento).

- Alimentación y nutrición.
- Dieta equilibrada. Tipos de alimentos.
- Decálogo de la dieta mediterránea. Recomendación de la cantidad recomendada de cada tipo de alimento.

- Pirámide Nutricional. Actividad. Hábitos alimenticios del usuario C.O.
 - DESAYUNO. Refiere saltarse el desayuno 2 o 3 veces a la semana. En esos días de ayuno se toma la medicación con agua. Cuando desayuna se toma un vaso de leche con 10 galletas.
 - ALMUERZO. Refiere no almorzar nunca. De vez en cuando, indica tomarse un café a media mañana en el bar situado en frente del Centro Gran Vía con dinero robado a su padre.
 - COMIDA. Habitualmente come pasta, arroz y legumbres (lentejas).
 - MERIENDA. Bocado (Paté, sobrasada o nocilla).
 - CENA. Pescado y sobras de la comida del día.
- Alimentación saludable. Importancia de las 5 comidas al día.

Motivación para el cambio.

Se le pide al usuario que describa la situación actual en la que se encuentra y que aspectos le gustaría mejorar.

ACTIVIDAD.

SITUACIÓN ACTUAL.

Respuestas del usuario:

- Para mí es importante no engordar.
- Me duele cuando mis hermanos me llaman gordo.
- No estar satisfecho con mi cuerpo.
- No estar a gusto con uno mismo.
- Me veo gordo cuando estoy delante del espejo.

DÓNDE TE GUSTARÍA ESTAR.

- Ser una persona normal.
- Estar a gusto con mi cuerpo.
- Tener una novia.
- Tener capacidad para relacionarme con los demás.
- No hurgar en la nevera.
- Que la alimentación y la imagen no sea central en mi vida.

NOTA I: El usuario solicita pesarse. En el registro queda reflejado lo siguiente:

FECHA DE DEMANDA: 25/02/2015

HORA: 17:05

INTENSIDAD DE DEMANDA (1-3): 1 Baja.

PESO INDICADO: 80

VERBALIZACIONES DEL USUARIO TRAS EL PESADO. “Antes pesaba 86 kilos, he perdido 6 kilos”.

NOTA II: Dentro del programa terapéutico planteado por el psicólogo en prácticas se incluirán aquellos conflictos puntuales que, aunque no formen parte de la patología diagnosticada, causan malestar al usuario.

En esta sesión C.O. refiere querer formar parte del grupo de fomento de autonomía y entrenamiento en la vida independiente (grupo de usuarios que, por sus características y evolución de su enfermedad mental, presentan un mayor grado de autonomía).

El psicólogo en prácticas interviene y, a través de un *diálogo socrático*, le pregunta al usuario cuales son los requisitos para entrar en el grupo de autónomos. Cuando el usuario habla de la importancia del seguir las normas establecidas por los responsables del recurso se le pregunta por su cumplimiento de las mismas.

A partir de este momento se detectan dos problemas:

1. Se muestra muy demandante con sus compañeros en relación al tabaco. Se le invita a preguntarse cuáles son las consecuencias de seguir con esa dinámica. El usuario ve claro que, de seguir así, además de no poder alcanzar su meta (pertenecer al grupo de autónomos) puede llegar a perder a su grupo de referencia.
2. Caso de acoso a una compañera. El usuario confiesa que el motivo por el que se mete con una compañera es el chantaje del resto de su grupo de referencia. En este caso, se opta por poner en conocimiento a su psicóloga de referencia.

Sesión 4.

Fecha: Jueves, 26 de febrero de 2015

Intervención para el trastorno de la conducta alimentaria.

Módulo motivación para el cambio (ver Anexo 3. Tratamiento).

- Actividad. Describe como imaginas tu vida sin las preocupaciones de la alimentación y el físico.

NOTA I: Se detecta en las respuestas del usuario una gran importancia por formar parte del grupo de fomento de autonomía y entrenamiento en la vida independiente por lo que se considera una herramienta importante a nivel de mejora conductual.

Módulo Cognitivo (ver Anexo 3. Tratamiento).

➤ Actividad. Sobrevaloración de peso y figura.

Tal y como se refleja en la justificación de la actividad, a pesar de que no indica la imagen como lo más importante de su vida (la puntúa con un 7/10 encontrando otros tres aspectos más importantes), se obtiene información importante acerca de las relaciones familiares y su sistema de preferencias.

Los tres aspectos más importantes de los que informa C.O. son:

1. Tener pareja. Puntuación: 10/10. Refiere ser lo más importante para él porque dice que no he tenido nunca pareja y quiere experimentar la sensación de sentirse querido por otra persona. Se le pregunta por aspectos sexuales y también refiere que es importante para él. Entiende por tener pareja un conjunto de características de entre las que se encuentran los sentimientos y el sexo.
2. Su comunidad religiosa. Puntuación: 9/10. Refiere que, a pesar de no sentirse querido por los miembros de la comunidad, ha asistido desde pequeño a las actividades que se realizan y le gusta participar en ellas.
3. Centro Gran Vía. Puntuación: 8/10. Indica que en el recurso del CRIS del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía se siente querido por los trabajadores y disfruta de las actividades que realiza.

Los tres aspectos menos importantes para C.O. son:

1. La familia. Puntuación: 0/10. Explica que para él su familia no es importante por el trato que recibe por parte de sus padres. Refiere no aguantar las discusiones y amenazas que se producen en casa y que no quiere seguir viviendo allí. C.O. confiesa que sus padres le registran a menudo y le amenazan con no llevarle al recurso del CRIS si no cumple con las normas indicadas por ellos.
2. Vestir bien. Puntuación: 4/10. C.O. considera que viste bien, y así se percibe en el recurso, y que para él es importante este aspecto, aunque no es central en su vida.
3. Amigos. Puntuación: 5/10. Los considera importantes y centrales en su vida porque fuera del centro no ha tenido amigos pero considera otros aspectos como más centrales.

NOTA II: El usuario, de acuerdo a la información proporcionada en la sesión anterior acerca de la importancia de realizar las 5 comidas diarias y los grupos de alimentos recomendables durante las mismas, refiere haber desayunado un vaso de leche, cinco galletas y un vaso de zumo. Esta nueva iniciativa se valora y se refuerza al usuario por llevarla a cabo.

Reunión con familiares

Fecha: Viernes, 27 de febrero de 2015

Reunión con los padres del usuario C.O.

Los padres del usuario elegido para el estudio de caso único acuden al recurso para asistir al taller de psicoeducación para familiares gestionado por la psicóloga del recurso CRIS.

Previamente al taller de psicoeducación, el psicólogo en prácticas, la psicóloga de referencia y el terapeuta ocupacional se reúnen con los padres de C.O para tener una entrevista privada sobre su hijo.

No asistían al centro desde hace un año y medio aproximadamente y su actitud durante toda la entrevista era cercana y receptiva.

Los familiares refieren que C.O. no colabora en las tareas del hogar, tiende a robar a menudo tanto a sus padres como a sus hermanos, miente continuamente y los conflictos que mantiene con su hermano D, diagnosticado de una enfermedad mental grave, son muy violentos.

Los padres confiesan que ejercen la violencia física como método de educación de sus hijos y, aunque son conscientes de que no es la mejor manera de abordar los problemas, encuentran que es el único método que les permite corregir a C.O., infiriendo el efecto burnout característico de familias que se encuentran en esta situación de desesperanza y carga emocional.

Por otro lado, refieren que C.O. muestra malos hábitos alimentarios caracterizados por temporadas en las que ayuna con el objetivo de perder peso y momentos en los que pierde el control de lo que come, llegando a comerse las raciones de sus hermanos. Cuando C.O. realiza esos atracones lleva a cabo conductas compensatorias, consistentes en levantar objetos de peso, a modo de ejercicio físico severo.

Se observa una preocupación generalizada de la familia por la alimentación y el peso corporal, verbalizando que le han avisado a su hijo, C.O., que “si sigue comiendo demasiado volverá a convertirse en una bolita”. También refieren que para ellos es importante que, tanto su hijo D como C.O., no engorden demasiado para poder controlarlos mejor físicamente en caso de tener que castigarlos (el castigo físico es su principal método para corregir conductas disruptivas). La madre reconoce que, las discusiones que mantiene con su hijo, que suelen ser observadas por el resto de hermanos, han ocasionado que la relación del resto de sus hijos con C.O. sea negativa, hasta el punto de participar en el castigo físico que dispensan a C.O. (la madre refiere mordiscos y empujones de algunos de sus hijos a C.O.).

A medida que avanza la entrevista, los padres de C.O. reconocen la mejoría de su hijo desde que asiste al Centro Gran Vía. Por otro lado, refieren que, en los momentos en los que a C.O. le viene una idea a la cabeza, muchas de ellas refieren venir de los momentos en los que se realiza psicoeducación con su hijo, no es capaz de pensar en otra cosa, mostrándose obsesivo y verborreico con esa idea. Por este motivo los padres de C.O. no se muestran muy de acuerdo con los talleres de psicoeducación, prefiriendo que su hijo obtenga la información mínima sobre su enfermedad y aspectos relacionados con la misma.

Una de las ideas obsesivas de C.O. más recurrentes que refieren sus familiares es el deseo que muestra de vivir en un piso tutelado.

Por otro lado, explican que no están satisfechos con el aseo personal de su hijo. Informan que deben insistirle a diario para que se cambie de ropa interior y que, cuando se ducha sólo, tienen que revisar su lavado porque, refieren, no lo realiza adecuadamente.

La madre de C.O. define como muy negativa la relación que tiene con su hijo. Dice tener miedo de que, en un momento de discusión, C.O. pueda llegar a agredirla físicamente.

La rutina de sueño de C.O. la definen como muy deficitaria. Suele dormirse sin dificultades, toma medicación para ello, pero de madrugada suele levantarse, momento en el que refieren que C.O. aprovecha para registrar el mobiliario de casa. La madre explica que esta situación no le deja descansar, mostrando dificultades para conciliar el sueño.

Una de las preocupaciones de las que hacen más hincapié es en el robo de dinero de C.O. a sus padres y hermanos. Explican que suele robarles entre 2 y 3 euros, dinero que luego invierte en la cafetería con los compañeros del recurso.

Desde el equipo multidisciplinar del recurso del CRIS se incide en la importancia de la comunicación entre los familiares de C.O. y el centro por lo que, además de felicitar y reforzar a la familia por acudir a la reunión, se les invita a mantener un contacto más fluido para comunicar cualquier incidencia en casa.

También se ofrece la posibilidad de instaurar un programa de refuerzo, dentro de las técnicas de manejo de contingencias, para ir substituyendo de forma gradual el castigo utilizado como método de aprendizaje de los padres del usuario C.O.

Se observa a los padres dispuestos a seguir las indicaciones del equipo multidisciplinar por lo que se infiere una mejora comunicativa en el futuro más próximo.

Sesión 5.

Fecha: Lunes, 2 de marzo de 2015

Intervención para el trastorno de la conducta alimentaria.

No se lleva a cabo la sesión planteada para la jornada de hoy por que el usuario se encontraba realizando un taller fuera de las instalaciones del centro, taller que no termina por faltar el respeto a la educadora encargada de gestionar dicha actividad y no seguir sus instrucciones.

C.O. recibe la indicación de volver al Centro Gran Vía por los siguientes motivos:

- Negociar con algunos de sus compañeros con tabaco.
- Faltar el respeto a su educadora, utilizando un lenguaje poco apropiado para referirse a ella y negándose a seguir sus instrucciones.

Por otro lado, la madre del usuario visita el centro para indicar que su hijo C.O. robó esta mañana dinero a su padre (unos 5 euros aproximadamente) y acudió a un supermercado para comprar una bebida con un alto contenido en cafeína.

Cuando se le expone al usuario, refiere haber comprado la bebida pero indica no haberla consumido, sin explicar que el motivo por el que no la consume es porque su padre lo descubre en el supermercado y le retira la bebida.

Finalmente, otra de las educadoras del recurso del CRIS informa que C.O. habla con una de sus compañeras y le explica que, a pesar de decirle al psicólogo en prácticas y al resto de equipo terapéutico que ya no se provoca el vómito, continúa utilizando esa conducta purgativa.

Sesión 6.

Fecha: Martes, 3 de marzo de 2015

Intervención para el trastorno de la conducta alimentaria.

Módulo cognitivo (ver Anexo 3. Tratamiento).

- Afrontamiento de la situación ocurrida el día anterior.

El psicólogo en prácticas le pide al usuario que explique los motivos de su comportamiento durante el día de ayer. Los puntos planteados son los siguientes:

1. El robo de dinero a sus padres.

C.O. refiere robar porque sus padres no le dan dinero para poder tomarse algo en la cafetería con el resto de compañeros del recurso.

Es consciente de que su comportamiento no es el adecuado y, a través de un diálogo socrático, llega a la conclusión que esta conducta le dificulta la posibilidad de que sus padres le confíen dinero para invertirlo con sus amigos.

Se interviene este punto y se plantean las posibilidades más adecuadas para afrontar el problema.

Se llega al acuerdo de hablar con sus padres para explicarles los motivos por lo que roba dinero (algo que hasta ahora no había hecho) y disculparse por hacerlo. También quiere comunicarles su decisión de mejorar su conducta para ganar su confianza y ganarse la posibilidad, si sus padres lo estiman oportuno, de recibir dinero para tomarse alguna bebida sin cafeína durante el almuerzo con el resto de compañeros.

A pesar de que se muestra inicialmente reticente a disculparse con sus padres entiende la necesidad y los motivos por los que debe hacerlo.

2. Falta de respeto a algunos de los educadores del recurso.

C.O. refiere sentirse arrepentido por faltarse el respeto a su educadora y entiende la necesidad de no volver a hacerlo.

Explica que con él ha sido siempre muy respetuosa y que no estuvo bien que él le faltara el respeto como lo hizo durante la actividad de piscina.

3. Mentir acerca de la provocación del vómito.

El psicólogo en prácticas le pregunta por los motivos por los que mintió cuando dijo que no se provocaba los vómitos cuando hoy explicaba sí haberlo hecho.

En primer lugar, C.O explica que se provocó el vómito porque siente un fuerte dolor en el estómago y le provoca arcadas.

El psicólogo en prácticas le recuerda lo visto en la sesión de psicoeducación para que entienda que esos signos son consecuencia de la provocación del vómito y le indica el círculo disfuncional en el que se encuentra.

Se le explica que esos signos desaparecerán en el momento en el que deje de provocarse el vómito.

Además, se aprovecha este momento de la sesión para ampliar la psicoeducación trabajada en sesiones anteriores mostrándole gráficamente (a través de fotografías) las consecuencias bucodentales de las purgas.

Se finaliza este tema explicándole al usuario la necesidad de ser sincero con el psicólogo en prácticas para que la intervención sea útil y pueda ayudarle.

- Introducción a la técnica Reestructuración Cognitiva.

Se explica el modelo ABC y se utilizan ejemplos personales para ayudarle a entender e interiorizar la teoría.

Explicación de los pensamientos/creencias irracionales. Características y funciones.

Comprende las características y es capaz de usar ejemplos personales de este tipo de pensamientos.

NOTA: Solicita pesarse. Muestra la necesidad de preguntar en más de una ocasión al psicólogo en prácticas por el momento del pesado.

En el registro queda reflejado lo siguiente:

FECHA DE DEMANDA: 03/03/2015

HORA: 12:56h

INTENSIDAD DE DEMANDA (1-3): 2. Media.

PESO INDICADO: 79

VERBALIZACIONES DEL USUARIO TRAS EL PESADO. Se mantiene en silencio. Cuando se le pregunta que le parece el peso alcanzado refiere sentirse contento.

El psicólogo en prácticas le pregunta si continua manteniendo un peso meta y la respuesta que obtiene es que le gustaría alcanzar los 75 kilos

Sesión 7.

Fecha: Miércoles, 4 de marzo de 2015

Intervención para el trastorno de la conducta alimentaria.

C.O. refiere haber hablado con su madre como se acordó en la sesión anterior.

Indica que la conversación fue bien y que sus padres le han dado 2 euros para comprarse alguna bebida durante el almuerzo.

Por otro lado, explica al psicólogo en prácticas que durante la noche anterior empezó a imaginarse que la policía iba a buscarlo a casa para llevárselo al hospital en una ambulancia.

Cuando se le pregunta si tuvo algún problema con sus padres, él explica que discutió con ellos porque no quería cenar, alegando que tenía dolor de tripa. Su padre, según refiere el usuario, lo cogió del cuello para llevarlo de nuevo a la mesa.

Durante la intervención, el psicólogo en prácticas le explica al usuario su intención de hablar con sus padres para que puedan cumplimentar un registro sobre los hábitos alimentarios que tiene en casa.

Las variables indicadas en el registro son las siguientes:

FECHA: Indicamos día, mes y año.

DESAYUNO: Indicamos si desayuna o no (SI/NO) y qué desayuna.

ALMUERZO: Indicamos si almuerza o no (SI/NO) y qué almuerza.

COMIDA: Indicamos si come o no (SI/NO) y qué come.

MERIENDA: Indicamos si merienda o no (SI/NO) y qué merienda.

CENA: Indicamos si cena o no (SI/NO) y qué cena.

COMIDA ENTRE HORAS: En esta columna indicaremos si entre las cinco comidas diarias ingiere algún alimento. Escribiremos la hora de la ingestión (HORA) y el alimento y cantidad que ingiere (ALIMENTO INGERIDO).

C.O. muestra su conformidad.

El psicólogo en prácticas habla por teléfono con la madre de C.O. sobre el registro indicado anteriormente. La madre se muestra participativa e involucrada en el proceso, mostrándose dispuesta a cumplimentar el registro.

La madre reconoce la conversación con su hijo en la que el usuario se disculpa con su madre y le explica los motivos de los hurtos realizados hasta ahora, tal y como se había trabajado

durante el día anterior con el psicólogo en prácticas. La madre del usuario indica que la actitud de C.O. en ese momento era tranquila y respetuosa.

Por otro lado, la madre de C.O. refiere que su hijo lleva unos días con un descontrol muy evidente en la alimentación. Explica que el lunes pasado, día 2 de marzo, comía de manera compulsiva, siendo necesario llamarle la atención para que comiera más despacio. De forma contraria, el martes 3 de marzo se negaba a comer, alegando que le dolía el estómago. Por otro lado, C.O. intenta provocarse el vómito delante de su familia, lo que termina en una discusión de la que participan tanto los padres como sus hermanos.

Una vez finalizada la llamada, el psicólogo en prácticas interviene con el usuario C.O. explicándole el proceso del registro y los acuerdos alcanzados con su madre. Se refuerza su sinceridad y se le indican los aspectos a mejorar.

Se explica de nuevo el proceso del vómito y el atracón, la relación de las purgas y sus dolores de estómago y la necesidad de realizar las 5 comidas diarias para evitar la pérdida de control con la comida ingerida.

Sesión 8.

Fecha: Jueves, 5 de marzo de 2015

Intervención para el trastorno de la conducta alimentaria.

Antes de comenzar la sesión el psicólogo en prácticas le pregunta a C.O. por el desayuno y el almuerzo.

El usuario dice haber desayunado un vaso de leche, un vaso de zumo y 9 galletas. C.O. indica no haber almorzado porque sus padres no le han preparado el bocadillo.

Módulo cognitivo.

- Continuación de la explicación de la técnica de Reestructuración Cognitiva.
- Identificación de los pensamientos irracionales.
- Puesta en práctica del proceso.

Situación elegida por el usuario.

Interpretación de la situación. Creencia del pensamiento (0-100).

Emoción experimentada. Intensidad de la emoción (0-10).

Comportamiento.

- Entrenamiento en la generación de pensamientos alternativos.

C.O. muestra buena disposición y lleva a cabo correctamente los pasos para llevar a cabo la reestructuración cognitiva.

La situación que él utiliza como ejemplo está vinculada a su Comunidad, por lo que se observa una gran carga emocional cuando él explica lo ocurrido.

NOTA: Desde el viernes 6 de marzo hasta el domingo 15 de marzo de 2015 el psicólogo en prácticas no podrá continuar con intervención psicológica al usuario del recurso del CRIS, C.O., porque durante las fiestas de la magdalena cuenta con un horario especial y no se encontrará en el Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía de Castellón.

El lunes 16 de marzo de 2015 se retomará la intervención psicológica.

Sesión 9.

Fecha: Lunes, 16 de marzo de 2015

Intervención para el trastorno de la conducta alimentaria.

Se comunica al psicólogo en prácticas que el padre de C.O. acude hoy al centro para hablar con la psicóloga de referencia para explicarle que el sábado 7 de marzo el usuario se fuga de casa.

Durante la semana pasada se llama la atención a C.O. por faltar al respeto a una de las educadoras y durante la mañana de hoy se le descubre cogiendo colillas del suelo.

El psicólogo en prácticas cita al sujeto para hablar con él y confiesa haberse escapado de casa. Cuando se le pregunta por los motivos explica que el sábado había quedado con un compañero del recurso del CRIS. Sus padres no le dejaban salir y su reacción fue prepararse un bocadillo para comer y escaparse de casa.

Estuvo fuera de casa hasta las 23:00h – 00:00h de la noche.

Cuando se le pregunta por las consecuencias que tuvo indica que sus padres no le dejaron salir el domingo, día que tenía planeado salir con algunos de los compañeros del recurso del CRIS.

Durante la semana pasada estuvo en Madrid con su familia. C.O. indica que no hubo ningún conflicto y que todo fue bien. Realizó las cinco comidas diarias y no consta ningún episodio purgativo.

Durante la conversación habla también de sus problemas con una de las educadoras. Dice sentir que la educadora tiene especial fijación con él y que no hizo nada para que le llamara la atención.

El usuario explica que, el día que la educadora le llamó la atención por un mal comportamiento, él estaba hablando con un compañero sobre marcas de puro y no hizo nada que justificara la actitud de la educadora con él.

C.O. también indica que la educadora ha llegado a explicar a los demás compañeros que no deben darle tabaco porque el usuario cuenta con más cigarros que los demás. Esta situación le incomoda y refuerza la idea de que la educadora le muestra una actitud diferente de la que muestra a los demás compañeros del recurso.

Durante la sesión se trabajan los problemas ocurridos a lo largo de la semana anterior.

Se interviene en las conductas disruptivas a nivel cognitivo, utilizando el *diálogo socrático*, para que el usuario alcance por sí mismo la conclusión de que sus conductas le alejan de su objetivo principal; formar parte del grupo de fomento de autonomía.

- Conducta de recoger colillas del suelo. Se incide en el aspecto higiénico, remarcando el riesgo que supone para su salud coger una colilla de una persona desconocida que puede tener una enfermedad sensible de contagiarse a través de la saliva.
- Respetar al personal del recurso. Se remarca la necesidad de recuperar la confianza de la educadora mostrando su disposición a obedecer a sus indicaciones.
- Fugas. Especial importancia en este aspecto, relacionándolo con la imposibilidad de alcanzar su objetivo (formar parte del grupo de fomento de autonomía y tener en casa una vida mucho más autónoma e independiente).

Se aplica la reestructuración cognitiva para ayudarle a interpretar de una forma más positiva aquellas situaciones en las que sus padres le prohíben realizar una salida, interpretándolo como una oportunidad para recuperar la confianza de su familia.

NOTA: El usuario se muestra interesado y dispuesto a modificar las conductas indicadas por el psicólogo en prácticas. Tal es así, que el usuario solicita al psicólogo en prácticas que le deje por escrito las conductas que debe mejorar para dejarlo colgado en su habitación y tenerlo siempre a la vista.

Por otro lado se le ha preguntado por la alimentación durante la semana. Indica haber hecho las cinco comidas diarias y explica que su madre ha estado rellenando el registro entregado en semanas anteriores. También se le pregunta por las purgas y explica no haberse provocado el vómito durante estos días, por lo que se refuerza al usuario por los logros conseguidos.

Se finaliza la sesión con un resumen de lo trabajado hasta el momento, recuperando los aspectos más importantes de la psicoeducación sobre la alimentación, las conductas compensatorias y la provocación del vómito, y los principios de la reestructuración cognitiva.

NOTA: El usuario solicita pesarse. En el registro se hace constar lo siguiente:

FECHA: 16/03

HORA: 17:00h

INTENSIDAD DE DEMANDA (1-3): 1

PESO INDICADO: 80

VERBALIZACIONES DEL USUARIO TRAS EL PESADO: Ninguna.

Los datos recogidos hasta el momento sobre su conducta de comprobación no muestran ninguna pauta concreta.

El peso se mantiene con un IMC normal, lo cual corrobora la mejora en sus hábitos alimentarios.

Sesión 10.

Fecha: Martes, 17 de marzo de 2015

Intervención para el trastorno de la conducta alimentaria.

Los educadores informan al psicólogo en prácticas que C.O. no asiste a la primera actividad de la mañana. Suele saltarse las actividades a primera hora y, cuando se le pregunta por los motivos de su ausencia, refiere quedarse fumando bajo.

El psicólogo en prácticas habla con el usuario y le pregunta por el horario que sigue en el centro. Se observa que C.O. tiene el horario claro y conoce las actividades asignadas para cada día y el comienzo de cada una de ellas.

Cuando se le pregunta por los motivos por los que no ha asistido hoy a la actividad que le tocaba (psicomotricidad) refiere que su padre lo lleva justo de tiempo y antes de subir se fuma un cigarro, por lo que cuando sube la primera actividad ya está terminada.

Se incide en la importancia de ser puntual y responsable para poder alcanzar el objetivo definido en sesiones anteriores y se llega a un acuerdo para intentar ser más puntual.

Cuando se indaga un poco más para poder buscar una solución que se adapte a su problema el usuario explica que la actividad no le gusta porque no lleva la ropa adecuada. Se propone que utilice ropa más cómoda los días que tenga psicomotricidad y, aunque se muestra negativo con esta alternativa, accede a llevarlo a cabo.

C.O. entrega al psicólogo en prácticas el registro de hábitos alimentarios debidamente cumplimentado por su madre. En el registro se observa una mejora en sus rutinas de alimentación, a pesar de que, en momentos puntuales, no realiza el almuerzo o la merienda.

No constan atracones o comidas entre horas.

Se refuerza al usuario por su mejora en sus hábitos alimentarios.

Introducción a la técnica de resolución de problemas.

Se le explica al usuario los pasos de la técnica y se utiliza un ejemplo personal a modo de práctica.

El ejemplo que utiliza es una discusión familiar entre sus padres y hermanos, situación que refiere producirle mucha ansiedad.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN PROPUESTAS:

- Pedirles que discutan en otro sitio.
- Pedirles que bajen el tono.

- Pedirles que no peleen.

- Marcharse a su cuarto y realizar actividades alternativas en su habitación hasta que la discusión termine.

Después de sopesar aspectos positivos y negativos de cada alternativa se selecciona la solución de marcharse a su habitación hasta que termine la discusión familiar.

NOTA: Se le observa adormilado, con dificultades para mantener los ojos abiertos.

Se le ofrece la posibilidad de ir al baño a lavarse la cara y la sesión transcurre sin más incidencias.

Sesión 11.

Fecha: Miércoles, 18 de marzo de 2015

Intervención para el trastorno de la conducta alimentaria.

Se pregunta al usuario por la continuidad de los hábitos alimentarios y las indicaciones que ofrece al psicólogo en prácticas son las siguientes:

- Continúa realizando las cinco comidas diarias. Describe las cinco comidas diarias realizadas durante el día anterior, así como el alimento consumido en cada una de ellas, reflejando una mejora significativa en su actitud con los alimentos.
- No ha realizado ninguna comida entre horas.
- No se ha provocado el vómito y tampoco ha sentido el impulso/necesidad de hacerlo.
- Refiere mostrarse más colaborador en casa y explica que su relación con sus padres ha mejorado mucho y que muestran más confianza en él, proporcionándole dinero cada mañana para poder tomarse algo durante el tiempo de descanso en el centro.
- Cumple con las instrucciones trabajadas en sesiones anteriores y refiere leerse el material facilitado por el psicólogo en prácticas y trabajado previamente en las sesiones previas.
- Refiere no haber llevado a cabo ningún hurto en casa.

Práctica de los pasos de la técnica de solución de problemas.

El usuario refiere haber tenido un conflicto con su hermano D. Explica que su hermano, para evitar que el usuario cogiera alguna colilla del cenicero de casa, moja el cenicero, conducta acompañada de burlas hacia C.O.

La respuesta de C.O. es encender la luz de la habitación de su hermano con el objetivo de molestarle. Su hermano responde a la provocación cogiendo un frasco de colonia de C.O. amenazando con gastarla. Este conflicto termina con un empujón proporcionado por su hermano D, agresión a la que el usuario no responde.

Se aplican los pasos de la técnica de solución de problemas para ayudar al usuario a encontrar formas alternativas de solución al conflicto vivido con su hermano.

Se señala, entre las alternativas, la utilizada por el usuario:

- Encender la luz de la habitación de su hermano con el objetivo de molestarle.

Como aspecto positivo de esta alternativa señala sentirse bien por devolverle a su hermano la broma.

Como aspectos negativos se señala el conflicto posterior con el hermano, la discusión con sus padres por la pelea con su hermano, la ansiedad producida por la discusión y el empeoramiento de la salud por fumar colillas.

- Dejar de coger las colillas del cenicero de casa para no dar pie a que produzcan este tipo de conflictos.

Para esta alternativa indica como aspectos positivos la mejora de su salud por dejar de fumar colillas, evitar el conflicto con el hermano, no dar pie a que su hermano pueda utilizar el tabaco como forma para burlarse de él y la mejora de la relación con su hermano.

No detecta ningún aspecto negativo para esta conducta.

Una vez claro el proceso se cierra la sesión reforzándole por las mejoras observadas. Este aspecto emociona al usuario, que se siente orgulloso de su trabajo y motivado para continuar mejorando para alcanzar su objetivo (formar parte del grupo de fomento de autonomía).

Se comunica al usuario que, a partir de la semana que viene, se trabajarán, junto con la revisión de los hábitos alimentarios conseguidos hasta la fecha, todos aquellos temas relacionados con la sexualidad y las relaciones personales. Se observa al usuario motivado con la idea.

Sesión 12.

Fecha: Lunes, 23 de marzo de 2015

Intervención para el trastorno orgásmico masculino.

El usuario refiere haber estado ansioso por una discusión producida en su casa entre su madre y su hermano D.O., diagnosticado de enfermedad mental grave.

C.O. reconoce entrar en la discusión para apoyar a su madre, conducta que toma por decisión propia sin haber sido solicitado por sus padres, algo que le provoca ansiedad y malestar.

Se repasa con el usuario la técnica de solución de problemas para ayudarle a encontrar una solución más adaptativa y que le genera bienestar emocional.

Tras una discusión socrática el usuario entiende que entrar en una discusión familiar de la que no es responsable le genera malestar y no resuelve el conflicto, por lo que no es una buena solución al problema. Tal y como se abordó en sesiones anteriores, la mejor manera de

resolver el conflicto personal que le genera una discusión familiar es retirarse a su habitación o a cualquier estancia de la casa en la que pueda estar tranquilo y llevar a cabo una actividad distractora o placentera que le permita controlar su ansiedad y cambiar su foco atencional.

Se muestra de acuerdo y entiende la necesidad de aplicar esta estrategia en futuras discusiones.

Por otro lado, el usuario refiere haberse sentido incómodo en la eucaristía realizada dentro de su comunidad religiosa por los comentarios del cura de su comunidad. Tal y como ocurrió anteriormente, el usuario siente que determinados comentarios realizados por el cura van dirigidos a él de una manera negativa y despectiva, creencia que le genera un estado de ánimo negativo.

Se afronta la situación recordando la técnica de la reestructuración cognitiva y se ayuda a C.O. a poner a prueba el pensamiento generado y a buscar pensamientos alternativos.

Los pensamientos alternativos generados por el usuario son los siguientes:

- “En la eucaristía hay más gente presente y no hay motivo para que se dirigía exclusivamente a mí”.
- “En el caso hipotético de que se estuviera dirigiendo a mí no hay motivo para que se esté dirigiendo de manera negativa o despectiva, por lo que cabe la posibilidad que los comentarios los haga para motivarme a hacer las cosas mejor”.

Se recuerda al usuario la importancia de hacer uso de esta estrategia en futuras situaciones en las que genere este tipo de emociones.

En cuanto a los hábitos alimentarios, el usuario refiere:

- Haber realizado las 5 comidas diarias desde nuestra última sesión (viernes, sábado y domingo).
- No realizar comidas entre horas. El usuario explica que el día anterior su madre sacó un “fuet” antes de cenar para repartir entre todos los hermanos.

Se refuerza la sinceridad del usuario y se le indica que esta situación no es negativa porque se trata de un momento puntual de comida familiar en el que la madre decide repartir un alimento entre sus hijos.

- No se provoca el vómito.

Se refuerzan todos los cambios detectados y la mejora en sus hábitos alimentarios.

TRASTORNO ORGÁSMICO MASCULINO.

PSICOEDUCACIÓN (ver Anexo 3. Tratamiento).

Durante las entrevistas previas, y en posteriores revisiones, el usuario comparte su creencia sobre los motivos de su minusvalía. C.O. refiere tener una minusvalía por las conductas

sexuales con su primo menor de edad, cuando el usuario tenía 11 años, y el visionado de pornografía.

Esta creencia causa en el usuario un sentimiento de culpabilidad que le ocasiona dificultades para alcanzar el orgasmo cuando mantiene relaciones sexuales con otras personas.

Con el objetivo de cuestionar sus creencias erróneas y de hacerle consciente de los motivos reales de su minusvalía, se le comunica su diagnóstico de Retraso Mental Leve.

Teniendo en cuenta sus características y para no ocasionar en él problemas emocionales innecesarios, no se utiliza la etiqueta "Retraso mental". En su lugar, el psicólogo en prácticas se refiere al problema como una discapacidad intelectual.

Para ello, se trabajan los siguientes aspectos:

- Definición de capacidad intelectual.
- Definición de capacidad adaptativa.
- Déficit en estas capacidades. Tipos de dificultades.
- Causas de la enfermedad. Factores etiológicos.
- Mejora de las capacidades. Se hace hincapié en que su discapacidad, pese a ser crónica, tiene un gran margen de mejora y que, con entrenamiento y supervisión, puede valerse por sí mismo.

El usuario muestra una buena asimilación del diagnóstico.

Se entrega el documento trabajado durante la sesión (en formato PowerPoint para facilitar su lectura) y se anima al usuario a que se lo lea y plantee, para la siguiente sesión, todas las dudas que le vayan surgiendo.

Sesión 13.

Fecha: Martes, 24 de marzo de 2015

Intervención para el trastorno orgásmico masculino.

Revisión de hábitos alimentarios.

El lunes, 23 de marzo realiza las 5 comidas diarias.

Indica que no lleva a cabo ninguna ingesta entre horas.

No hay provocación del vómito.

Se refuerza la continuidad de los hábitos alcanzados.

El usuario refiere que ayer tuvo un problema con su hermano D.O. Explica que ayer llevó a casa el material facilitado por el psicólogo en prácticas referente a las sesiones de terapia

anteriores y que su hermano, al ver ese material, le amenazó con mirarlo, algo que a C.O. le provoca malestar.

C.O. refiere que, en lugar de discutir con el hermano, guardó el material en su mochila y no respondió a las provocaciones de su hermano.

Se refuerza la solución elegida por el usuario para resolver el conflicto.

Revisión de la sesión anterior.

Dada la importancia de los temas trabajados en la sesión anterior acerca de su discapacidad intelectual, el psicólogo en prácticas repasa los puntos más importantes de la sesión y recibe las dudas del usuario sobre el tema.

Se observa en el usuario una alta conciencia del problema y describe correctamente los puntos más relevantes de su discapacidad.

A nivel anímico se muestra tranquilo y motivado. Refiere sentirse más contento y aliviado por conocer los verdaderos motivos por los que tiene una minusvalía.

PSICOEDUCACIÓN.

EL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL.

Se abordan los siguientes contenidos informativos:

- Respuesta corporal ante la excitación sexual.
- Etapas de la respuesta sexual:
 - Fase de excitación.
 - Fase de meseta o mantenimiento.
 - Fase orgásmica.
 - Fase de resolución.
- Fase de deseo. Fase necesaria para que comience la fase de excitación.

Se introducen los factores cognitivos como causa de la dificultad para alcanzar determinadas fases (se hace especial hincapié en la fase orgásmica).

- Ansiedad de ejecución. Refiere producirle ansiedad no saber cómo llevar una relación sexual. Teme no producir placer a una pareja sexual o causarle algún daño.
- Valores y creencias morales. C.O. tiene muy interiorizada la idea de que llevar a cabo relaciones sexuales antes del matrimonio está prohibido porque se trata de un pecado dentro la de comunidad religiosa a la que pertenecen, incluida la masturbación, algo que le causa un gran sentimiento de culpa cada vez que se masturba.

- Sentimientos de culpabilidad. El usuario reconoce que durante los encuentros sexuales mantenidos hasta ahora, aunque alcanzaba la erección, durante la relación sexual le venían pensamientos acerca del suceso ocurrido con su primo, algo que ocasionaba la incapacidad de alcanzar el orgasmo.
- No refiere miedos irracionales respecto al orgasmo.

Sesión 14.

Fecha: Miércoles, 25 de marzo de 2015

Intervención para el trastorno orgásmico masculino.

Revisión de hábitos alimentarios.

El martes, 24 marzo de 2015, lleva a cabo las cinco comidas diarias.

No lleva a cabo ninguna ingesta entre comidas.

No se provoca el vómito.

El usuario refiere una mejoría en la relación con sus padres.

Explica que su padre le asigna dinero por las mañanas para poder tomarse alguna bebida durante el almuerzo.

Se observa una mejora en la confianza de los padres del usuario hacia él.

C.O. refiere que con el dinero del almuerzo se ha comprado en un supermercado tres pastelitos.

Explica que algunos compañeros le han avisado que hablarían con el personal del recurso para indicar que había robado, conducta que C.O. niega haber hecho.

El psicólogo en prácticas le hace saber que confía en su palabra pero, para evitar futuros conflictos, para las siguientes compras en los supermercados deberá guardarse el ticket de compra y enseñarlo a los técnicos del recurso.

Por otro lado, el usuario comparte su preocupación por un suceso ocurrido ayer en su casa. Explica que se encontraba en el cuarto de baño de su casa y sentía la necesidad de masturbarse. Comenzó a masturbarse y explica que alcanza la fase de excitación sin complicaciones pero, durante la fase de meseta, escuchó los pasos de sus padre por el pasillo y se asustó, experimentando ansiedad y sentimiento de culpa, por lo que provocó una incapacidad para alcanzar el orgasmo.

Por otro lado refiere que sus padres no le dan información acerca del sexo y que, en alguna ocasión su madre le ha llamado la atención por ensuciar con fluidos seminales la habitación donde práctica dicha conducta sexual.

El psicólogo en prácticas trabaja esta situación ayudando al usuario a recordar los aspectos trabajados en la sesión anterior.

Se explica al usuario los efectos que las creencias morales, la ansiedad y los sentimientos de culpabilidad tienen en nuestro cuerpo y cómo afecta esto a las fases del ciclo sexual.

A través de un *diálogo socrático* el psicólogo en prácticas ayuda a entender al usuario que la conducta de masturbación, así como otro tipo de conductas sexuales, no son negativas pero sí es necesario hacerlo de manera adecuada. Para ello se le dan una serie de pautas para evitar conflictos futuros.

PAUTAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA MASTURBACIÓN.

- Buscar un lugar íntimo que nos asegure que no hay nadie que pueda interferir en ese momento de intimidad.
- Elegir el momento adecuado, evitando así interrupciones en el momento de la realización de la conducta sexual.
- Procurar disponer de papel higiénico para poder limpiarnos adecuadamente.

MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO.

Aspectos que le gustaría poder realizar normalmente y que supondría una mejora en su vida:

- Tener pareja/Mantener relaciones sexuales plenas y satisfactorias.
- Tener más información acerca del sexo y de cómo relacionarse con una chica.
- Dejar de experimentar sentimientos de culpa y ansiedad durante las conductas sexuales, bien con una pareja sexual o a través de la masturbación individual.
- Sentirse cómodo ante la compañía de una chica.

NOTA: C.O. dice sentirse incómodo y ansioso cuando esta con una chica y refiere preocuparse por lo que puedan pensar de él.

NOTA: En esta sesión se observa un autoconcepto negativo sobre sus habilidades sociales y su valía como persona.

Sesión 15.

Fecha: Lunes, 30 de marzo de 2015

Intervención para el trastorno orgásmico masculino.

Registro de hábitos alimentarios.

- Realización de las 5 comidas diarias.

NOTA: El domingo 29 de marzo refiere no haber almorzado porque se encontraba en una salida con su comunidad religiosa.

- No refiere ingesta de comida entre horas.
- No refiere provocación del vómito/purga.

Se refuerza al usuario por el mantenimiento de las pautas de alimentación.

A nivel familiar el usuario refiere una mejora significativa en la relación con sus padres y hermanos. Explica que siente que sus padres confían más en él y ahora tiene más salidas con sus amigos y con otros miembros de la comunidad religiosa a la que pertenecen. También indica que sus padres le dan ahora más dinero durante sus salidas.

Por lo que respecta a conductas sexuales refiere haberse masturbado siguiendo las pautas trabajadas en sesiones anteriores.

- Elección de un momento adecuado en el que no se encontraba nadie en su casa.
- Lugar elegido para llevar a cabo la masturbación: Cuarto de baño.
- Se prepara previamente con todo lo necesario para poder limpiarse adecuadamente.

MÓDULO COGNITIVO.

Una vez señalados los factores cognitivos que aparecen durante la realización de las conductas sexuales llevadas a cabo por el usuario se ponen a prueba siguiendo la técnica de reestructuración cognitiva.

Esta técnica fue debidamente explicada durante el protocolo de tratamiento para el trastorno de la conducta alimentaria por lo que se pasa directamente a su aplicación.

Los pensamientos trabajados durante la sesión han sido los siguientes:

PENSAMIENTO 1: "Si mantengo relaciones sexuales con una mujer le haré daño".

Detección de pensamiento automático:

- Pensamiento automático.
- Termino absoluto. "Siempre".
- Dramatización. Supone la peor de las consecuencias.

Grado de creencia: 70/100

Emoción: Ansiedad. Intensidad: 8/10

Pruebas pensamiento.

A favor:

- No encuentra ninguna.

En contra:

- Recordatorio del módulo psicoeducativo.

Ciclo de la respuesta sexual. Producción de la lubricación en la vagina de la mujer durante la fase de excitación.

- La mujer puede avisar si se produce ese dolor. Importancia de la comunicación.

Grado de creencia del pensamiento: 0/100

Grado de creencia de los pensamientos alternativos: 90/100

Intensidad emoción de ansiedad: 0/10

PENSAMIENTO 2. "Mantener relaciones sexuales antes del matrimonio son pecado".

NOTA: Al tratarse de una creencia compartida por la comunidad religiosa a la que pertenece resulta inadecuado romperla por lo que se optará por ofrecerle alternativas de elección, sin invalidar la opción de no mantener relaciones sexuales hasta después del matrimonio.

Pensamientos alternativos:

- "Pueda optar por masturbarme siempre que lo haga de una manera adecuada".

NOTA: Recordatorio de las pautas de higiene vistas anteriormente.

Se cierra la sesión sugiriendo al usuario que lleve a cabo esta técnica con el resto de pensamientos automáticos que le generan malestar durante la realización de la masturbación.

Sesión 16.

Fecha: Martes, 31 de marzo de 2015

Intervención para el trastorno orgásmico masculino.

Revisión de hábitos alimentarios. Referente al lunes, 30 de marzo.

- El usuario refiere haber hecho las cinco comidas diarias.
- No ha realizado ingesta entre horas.
- No se ha provocado el vómito.

Se refuerza al usuario por el mantenimiento de los nuevos hábitos alimentarios.

Módulo conductual.

Técnica de exposición.

Concepto de evitación y aspectos contraproducentes de evitar las situaciones temidas.

Explicación de la técnica.

Curva de ansiedad.

Reformulación de la situación problema.

La situación que provoca ansiedad en C.O. es *entablar una conversación con una chica que le resulta atractiva físicamente*.

Escala de USAs.

Una vez clara la escala se establecen los siguientes moduladores:

Modulador 1. Entablar una conversación con una chica en un contexto de grupo y dejando que otros den la iniciativa. (USA: 2).

Modulador 2. Entablar una conversación con una chica en un contexto de grupo y tomando la iniciativa del tema de conversación. (USA: 3).

Modulador 3. Entablar una conversación con una chica sin la presencia de otras personas. La chica toma la iniciativa en la conversación y muestra una actitud afable y simpática. (USA: 5).

Modulador 4. Entablar una conversación con una chica sin la presencia de otras personas. La chica muestra una actitud fría y distante. Durante la conversación la chica se puede mostrar cortante y poco interesada por la charla. (USA: 7).

Una vez claro el proceso se expone al usuario a la situación con el modulador 3 (con una ansiedad intermedia de 5).

PREVIO AL ENSAYO:

- Se pide al usuario que imagine la situación.
- Se trabajan los posibles pensamientos automáticos. El usuario refiere temer quedarse en blanco.
- Una vez realizada la discusión cognitiva se generan pensamientos alternativos.
- Pensamientos alternativos:

“Si me quedo en blanco tengo la opción de preguntarle por aspectos personales tales como aficiones o por su trabajo/estudios”.

“Se trata de una conversación entre dos por lo que ella también planteará temas de los que poder hablar”.

Objetivo:

Mantener la conversación con la otra persona dando solución a los pequeños problemas que puedan surgir.

DURANTE EL ENSAYO:

Niveles de ansiedad:

- 8
- 6
- 9
- 4

Mira la hoja de pensamientos alternativos.

DESPUÉS DEL ENSAYO:

Se pregunta al usuario por la subida de ansiedad y refiere que estaba notando que sus piernas le temblaban.

Se interviene en este punto y se le explica al usuario la importancia del foco atencional en la ansiedad.

Aunque se observa en C.O. una disminución gradual de la ansiedad a lo largo del ensayo, se encuentran momentos en los que desconecta de la conversación, aumentando su ansiedad de ejecución.

El usuario, junto con el psicólogo en prácticas, valoran la actuación y se alcanzan las siguientes conclusiones:

- Mantener el foco atencional en la conversación es una herramienta que nos permite disfrutar de la charla y disminuir la ansiedad.
- Enfocar la atención en nuestras reacciones corporales nos genera más ansiedad y nos distrae de nuestra tarea principal.
- Se alcanza el objetivo propuesto y se atribuye al usuario los resultados obtenidos, reforzando su trabajo y generando en él una mejora en su autoconcepto.

Sesión 17

Fecha: miércoles, 1 de abril de 2015.

Intervención del trastorno orgásmico masculino.

Revisión de los hábitos alimentarios.

Día anterior: 31/03/2015

- Refiere hacer las cinco comidas diarias.
- No hay ingesta de comida entre horas.

- No se dan conductas purgativas.

Se refuerza al usuario por el mantenimiento de los nuevos hábitos alimentarios.

El usuario refiere haber vivido un conflicto con su padre durante el día anterior. Explica que su padre discutió con C.O. por no haberse preparado correctamente la mochila de deporte para poder realizar las actividades deportivas asignadas en el recurso del CRIS. A pesar de los gritos de su padre, el usuario refiere que, de manera calmada, fue a la habitación y añadió la prenda que le faltaba. Habló con su padre de manera calmada después de hacerlo y su padre le levanto el castigo (no dejarle salir).

Reconoce hacer uso de la técnica de solución de problemas y seguir los pasos explicados durante las sesiones anteriores.

También explica que su hermano D.O. continua burlándose de él pero que ya no responde a sus provocaciones, consiguiendo una disminución de los conflictos con su hermano.

Se refuerza al usuario por los cambios observados.

MÓDULO CONDUCTUAL.

Continuación del ensayo de conducta.

Representación de la situación seleccionada con el modulador nº4 (Entablar una conversación con una chica sin la presencia de otras personas. La chica muestra una actitud fría y distante. Durante la conversación la chica se puede mostrar cortante y poco interesada por la charla. (USA: 7).

PREVIO AL ENSAYO.

Se repasan previamente los pensamientos alternativos al pensamiento automático ("me quedaré en blanco y no sabré que decir") y se recuerda el objetivo planteado en la sesión anterior (mantener la conversación solucionando las pequeñas dificultades que puedan surgir).

DURANTE EL ENSAYO.

Niveles de ansiedad:

- 7

- 5

- 4

- 2

DESPUÉS DEL ENSAYO.

El usuario refiere haber mirado los pensamientos alternativos.

Se observa que su foco atencional se mantiene en la conversación y no en las respuestas físicas, observando una disminución significativa de la ansiedad.

Se refuerza al usuario por los resultados obtenidos.

CIERRE DE LA TERAPIA.

MÓDULO PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

Se entrega al usuario un documento donde aparecen los puntos más importantes vistos durante el tratamiento de las dos patologías diagnosticadas (ver Anexo 3. Tratamiento).

Se refuerzan los resultados obtenidos y se atribuye la mejora al esfuerzo del usuario.

7.5 RESULTADOS.

Con el objetivo de valorar, de un modo empírico y objetivable, los cambios producidos en el sujeto elegido para el estudio de caso único, tras la intervención terapéutica, se lleva a cabo una nueva evaluación post-tratamiento, utilizando algunos de los instrumentos seleccionados durante la fase de diagnóstico (ver Anexo 4. Evaluación post-tratamiento). A continuación se presentan las pruebas seleccionadas en el post-tratamiento y los resultados obtenidos, comparándolos con los resultados reflejados durante la fase de evaluación.

- BIS-11. Escala de impulsividad de Barrat.

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
I. COGNITIVA: 16	I. COGNITIVA: 8
I. MOTORA: 13	I. MOTORA: 8
I. NO PLANEADA: 22	I. NO PLANEADA: 14
I. TOTAL: 51	I. TOTAL: 30

INTERPRETACIÓN. No existen puntos de corte, aunque se ha propuesto la mediana de la distribución como puntuación para la interpretación de los resultados. En el estudio de validación española las medianas obtenidas en una muestra de pacientes psiquiátricos fueron: Impulsividad Cognitiva: 9,5; Impulsividad Motora: 9,5; Impulsividad no Planeada: 14; Puntuación Total: 32,5 (Bodes García y cols., 2002). Atendiendo a la mediana de distribución utilizada para la interpretación de los resultados observamos una disminución significativa en el nivel de impulsividad del usuario C.O. en todas las dimensiones.

- R-459 ESCALA DE EVALUACIÓN DEL INSIGHT.

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
PUNTUACIÓN: 12/14	PUNTUACIÓN: 14/14

INTERPRETACIÓN: A pesar de que el usuario ya mostraba una conciencia de enfermedad elevada, observamos en los resultados post-tratamiento que se produce una mejora en su conocimiento sobre la enfermedad, principalmente en la etiología y las características específicas de su enfermedad.

- SFS – AI. Birchwood, Smith y cols. 1990 (R. Jiménez G^a-Bóveda y A.J. Vázquez Morejón). Escala de funcionamiento social.

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
PUNTUACIÓN TÍPICA TOTAL: 114 PC PUNT. TÍP. TOTAL: 90 NIVEL DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL GLOBAL: SUPERIOR. DATOS COMPLEMENTARIOS: ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN. P.D: 3. Medio Riesgo. RELACIÓN FAMILIAR. P.D: 5. Medio Riesgo. INFORMACIÓN. P.D: 0. Alto Riesgo.	PUNTUACIÓN TÍPICA TOTAL: 114,29 PC PUNT. TÍP. TOTAL: 90 NIVEL DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL GLOBAL: SUPERIOR. DATOS COMPLEMENTARIOS: ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN. P.D: 6. Bajo Riesgo RELACIÓN FAMILIAR. P.D: 6. Bajo Riesgo INFORMACIÓN. P.D: 4. Bajo Riesgo

INTERPRETACIÓN: Los datos indican un buen funcionamiento social del usuario a nivel global. Se observa una mejoría en los datos obtenidos acerca las relaciones familiares y de la información disponible acerca de su enfermedad.

- BPRS. Lukoff, D.; Nuechterlein, K.H. & Ventura, J. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica.

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
<p>PUNTUACIÓN SOBRE UNA ESCALA LIKERT DE 1 A 7.</p> <p>1. ANSIEDAD-DEPRESIÓN</p> <p>Preocupación somática: 4</p> <p>Ansiedad: 3</p> <p>Depresión: 1</p> <p>Culpa: 6</p> <p>TOTAL: 14</p>	<p>PUNTUACIÓN SOBRE UNA ESCALA LIKERT DE 1 A 7.</p> <p>1. ANSIEDAD-DEPRESIÓN</p> <p>Preocupación somática: 1</p> <p>Ansiedad: 1</p> <p>Depresión: 1</p> <p>Culpa: 1</p> <p>TOTAL: 4</p>
<p>2. TRASTORNO DE PENSAMIENTO</p> <p>Desorganización conceptual: 1</p> <p>Grandiosidad: 1</p> <p>Alucinaciones: 1</p> <p>Contenido inusual del pensamiento: 1</p> <p>TOTAL: 4</p>	<p>2. TRASTORNO DE PENSAMIENTO</p> <p>Desorganización conceptual: 1</p> <p>Grandiosidad: 1</p> <p>Alucinaciones: 1</p> <p>Contenido inusual del pensamiento: 1</p> <p>TOTAL: 4</p>
<p>3. ANERGIA</p> <p>Aislamiento emocional: 2</p> <p>Retardo Motor: 1</p> <p>Afecto Embotado: 1</p> <p>Desorientación: 2</p> <p>TOTAL: 6</p>	<p>3. ANERGIA</p> <p>Aislamiento emocional: 1</p> <p>Retardo Motor: 1</p> <p>Afecto Embotado: 1</p> <p>Desorientación: 1</p> <p>TOTAL: 4</p>
<p>4. ACTIVACIÓN</p> <p>Tensión: 1</p> <p>Manierismos y posturas: 1</p> <p>Excitación: 1</p> <p>TOTAL: 3</p>	<p>4. ACTIVACIÓN</p> <p>Tensión: 1</p> <p>Manierismos y posturas: 1</p> <p>Excitación: 1</p> <p>TOTAL: 3</p>
<p>5. HOSTILIDAD</p> <p>Hostilidad: 5</p> <p>Susplicia: 1</p> <p>No cooperatividad: 1</p> <p>TOTAL: 7</p>	<p>5. HOSTILIDAD</p> <p>Hostilidad: 1</p> <p>Susplicia: 1</p> <p>No cooperatividad: 1</p> <p>TOTAL: 3</p>

INTERPRETACIÓN: Se observa una mejora significativa en las subescalas “Ansiedad-Depresión”, “Anergia” y “Hostilidad” del BPRS, especialmente en las subescalas “Ansiedad-Depresión” y “Hostilidad”. En las subescalas “Trastorno de pensamiento” y “Activación” no se observan cambios.

Por otro lado, además de la puntuación obtenida, la entrevista realizada durante la administración del BPRS permite evidenciar la mejora significativa en conciencia de enfermedad y en el manejo de la misma.

- BITE (Test de investigación bulímica, Edimburgo) (Henderson y Freeman, 1987).

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
PUNTUACIÓN SÍNTOMAS: 22 PUNTUACIÓN GRAVEDAD: 6	PUNTUACIÓN SÍNTOMAS: 1 PUNTUACIÓN GRAVEDAD: 0

INTERPRETACIÓN: Mejora significativa en posible sintomatología bulímica y gravedad de la misma. El usuario C.O. no cumple criterios diagnósticos de trastorno de la conducta alimentaria.

- EAT-26 (Cuestionario de las actitudes hacia la comida) (Garner y Garfinkel, 1979. Versión española adaptada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991).

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
PUNTUACIÓN F. I (Restricción alimentaria): 15 PUNTUACIÓN F. II (Bulimia y preocupación por la alimentación): 9 PUNTUACIÓN F. III (Control oral): 0 PUNTUACIÓN TOTAL: 24	PUNTUACIÓN F. I (Restricción alimentaria): 0 PUNTUACIÓN F. II (Bulimia y preocupación por la alimentación): 0 PUNTUACIÓN F. III (Control oral): 1 PUNTUACIÓN TOTAL: 1

INTERPRETACIÓN: Se observa una mejora significativa en las tres subescalas del EAT-26. El usuario C.O. no muestra sintomatología bulímica.

- CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSETTS (MGH).

PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
A. INTERÉS: 2 A. EXCITACIÓN: 2 A. ORGASMO: 4 A. ERECCIÓN: 2 A. SATISFACCIÓN GLOBAL: 4	A. INTERÉS: 2 A. EXCITACIÓN: 2 A. ORGASMO: 2 A. ERECCIÓN: 2 A. SATISFACCIÓN GLOBAL: 2

INTERPRETACIÓN: Mejora significativa en el área “orgasmo” y el área “satisfacción global”.

7.6. TRATAMIENTO FUTURO.

Atendiendo a los resultados obtenidos, una vez finalizado el tratamiento psicológico, propuesto por el psicólogo en prácticas, y la información proporcionada por los familiares y la psicóloga de referencia del usuario C.O., el abordaje psicoterapéutico futuro deberá abordarse siguiendo los siguientes ejes:

MÓDULO COGNITIVO. El usuario muestra una tendencia a la suspicacia, tendencia que le lleva a hacer una interpretación negativa de las intenciones de los demás hacia él. El presente módulo irá enfocado principalmente al abordaje de estos pensamientos irracionales que el usuario muestra sobre las intenciones de los demás, algo que interfieren en sus relaciones sociales y familiares, causándole una tendencia a la desconfianza que le genera malestar.

Para abordar este problema, se hará uso de la reestructuración cognitiva, técnica que el usuario ya ha trabajado en las sesiones de tratamiento anteriores, ayudándole con ello a generar pensamientos alternativos ante situaciones de conflicto social.

MÓDULO CONDUCTUAL. El usuario muestra dificultades para resolver conflictos con sus iguales y con su familia. Durante el tratamiento anterior se le ha proporcionado herramientas de las que puede hacer uso en su búsqueda, para cada situación conflictiva, de la mejor solución posible a dicho problema. Un abordaje futuro pasará por trabajar, a través de la técnica de solución de problemas, la gestión y generalización de estas técnicas en todas las áreas de su vida, ayudándole a automatizar estas estrategias que le ayuden a resolver aquellos conflictos que le puedan ir surgiendo a lo largo de su día a día.

Debido a su discapacidad intelectual de grado leve, el usuario puede mostrar dificultades para generalizar estas técnicas a todos los ámbitos de su vida. Durante su seguimiento, resultará útil utilizar técnicas de refuerzo y modelado que permitan al usuario interiorizar dicho aprendizaje y resolver posibles dudas que puedan ir surgiendo durante su uso.

Por otro lado, las técnicas de manejo de contingencias, resultarán de utilidad para corregir las conductas disruptivas que el usuario pueda llevar a cabo en sus relaciones sociales y familiares. Técnicas como la economía de fichas o el contrato conductual serán útiles para tal objetivo.

MÓDULO EMOCIONAL. Una de las dificultades que interfiere en las relaciones del usuario C.O. con las personas relevantes que lo rodean (familia, compañeros del C.R.I.S., etc.) es la gestión y expresión emocional. El usuario muestra dificultades para expresar de un modo adecuado las emociones que experimenta ante diversas situaciones conflictivas, llevándole a reaccionar, en ocasiones, de un modo agresivo y disfuncional. Por tanto, resultará de utilidad abordar, dentro de un módulo de psicoeducación emocional, las diferentes emociones existentes, su utilidad y el modo de expresarlas y gestionarlas. A este módulo psicoeducativo deberá acompañarle una intervención conductual que, a través de técnicas de exposición y *role playing*, el usuario pueda poner en práctica lo aprendido.

MÓDULO FAMILIAR. Por último, resultará de gran relevancia intervenir con la familia del usuario para dotarle de información acerca de la enfermedad de su hijo C.O., las características de la misma y proporcionarles herramientas que les ayuden a resolver los conflictos que,

debido a su enfermedad, puedan ir surgiendo en el hogar. El recurso del C.R.I.S del Centro Gran Vía ofrece un módulo psicoeducativo familiar cuyo objetivo es abordar las cuestiones planteadas anteriormente. Por ello, es importante que se anime a los familiares de C.O. y ayudarles a tomar conciencia de la importancia de asistir a dichas sesiones.

7.7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en el presente estudio de caso nos permiten concluir que los tratamientos elegidos para abordar las diferentes patologías que presentaba el usuario del CRIS del Centro Especializado de Atención a Personas Dependientes Gran Vía han sido los adecuados.

El usuario, desde el inicio del estudio, mostró una buena disposición a participar y llevar a cabo las pautas asignadas por el psicólogo en prácticas, facilitando con ello el proceso terapéutico establecido. A pesar de la buena disposición del usuario durante todo el proceso terapéutico, la complejidad de las patologías presentadas exigía una intervención más extensa y prolongada de lo que ha sido posible establecer en este estudio, atendiendo a la temporalización establecida de las prácticas de fin de máster. Por este motivo, los resultados deben ser interpretados con la debida cautela, siendo necesario un seguimiento más prolongado para comprobar los efectos del tratamiento en los nuevos hábitos de vida del usuario, tanto en lo referente a su conducta alimentaria como en su capacidad de resolución de conflictos interpersonales, desde los que incluimos sus relaciones sexuales y su actitud ante las mismas.

En primer lugar, en lo referente al trastorno de la conducta alimentaria, atendiendo a los resultados obtenidos, podríamos decir que el proceso terapéutico seguido durante la intervención realizada por el psicólogo en prácticas ha sido adecuado, siguiendo las técnicas con mayor apoyo empírico según los datos de la APA (*American Psychiatric Association*, 2000). El vínculo terapéutico establecido entre el psicólogo en prácticas y el usuario ha propiciado una adecuada adherencia al tratamiento, a pesar de que las reservas del usuario a la hora de compartir la totalidad de las conductas disruptivas referentes a sus hábitos alimentarios (cómo la realización de conductas purgativas) propiciaron un cambio en el diagnóstico del trastorno de la conducta alimentaria durante el proceso de tratamiento, cambio que, por otro lado, no supuso grandes reajustes en la propuesta de tratamiento. Atendiendo al perfil estándar de las personas diagnosticadas con un trastorno de la conducta alimentaria, dicha desconfianza y tendencia a ocultar este tipo de rituales alimentarios entran dentro de lo habitual y de lo esperable en las intervenciones de los trastornos de la conducta alimentaria (Perpiñá, Roncero y Belloch, 2008). A pesar de las dificultades propias de la patología, la buena disposición del usuario y el trabajo psicoeducativo previo, han propiciado la buena adherencia al tratamiento citada anteriormente. El tratamiento de elección para la bulimia nerviosa, un tratamiento cognitivo-conductual, adaptado a las características del usuario (recordamos que C.O. cuenta con una discapacidad intelectual leve), se ha llevado a cabo sin mayores complicaciones, fomentando la ruptura y modificación de las creencias disfuncionales del usuario con respecto a la comida y, posteriormente, un cambio significativo en sus hábitos alimentarios. Por otro lado, dicho tratamiento ha permitido favorecer la adquisición de nuevas habilidades de resolución de conflictos interpersonales, ayudando al usuario a encontrar una alternativa a los atracones y al comer emocional que utilizaba en el pasado para solucionar dichos conflictos. Otro aspecto relevante del tratamiento ha sido la intervención dirigida a una redefinición del autoconcepto del usuario, promoviendo una mejora en su autoestima, muy vinculada a su peso corporal antes del tratamiento. Por último, la colaboración de la familia, informando al psicólogo en prácticas de los cambios en los hábitos alimentarios durante el tratamiento y

colaborando en la cumplimentación de los registros de control de conductas alimentarias, ha sido relevante y de gran ayuda durante todo el proceso terapéutico.

Otro de los puntos relevantes en el estudio del presente caso único es el tratamiento realizado para abordar el trastorno orgásmico masculino. Debido a la situación sentimental actual de C.O., por la que actualmente no tiene una pareja sexual y refiere no mantener relaciones sexuales esporádicas con nadie, el tratamiento se ha enfocado hacia el área cognitiva de la patología, trabajando específicamente en las creencias irracionales del usuario acerca de las relaciones sexuales y el sentimiento de culpabilidad que generaba la realización de las mismas. Los resultados, por lo que respecta al aprendizaje del usuario, la generación de nuevas creencias adaptativas y racionales con respecto a la sexualidad, han sido significativamente positivos, mejorando la visión del usuario sobre la conducta sexual y minimizando el sentimiento de culpabilidad que le generaba mantener relaciones sexuales o practicar conductas sexuales de autoexploración sexual como la masturbación. A pesar de estos resultados, el tratamiento realizado ha dejado algunos aspectos importantes por abordar. Uno de ellos es la intervención con los familiares acerca de la sexualidad de su hijo. Tal y como quedó reflejado en la historia clínica del usuario, los familiares pertenecen a una comunidad religiosa con una visión conservadora de la sexualidad humana. Esta situación propició que la educación sexual de C.O. estuviera orientada hacia la prohibición y el pecado de mantener relaciones sexuales fuera del sacramento del matrimonio, generando con ello un sentimiento de culpabilidad por la realización de conductas sexuales. A pesar de la conveniencia de la intervención familiar, dados sus principios religiosos se valoró como poco oportuno el abordaje de este tema con los familiares del usuario. El segundo aspecto relevante que no pudo ser trabajado, tal y como hemos comentado anteriormente, al no disponer de una pareja sexual, son las prácticas sexuales del usuario. Durante el módulo psicoeducativo del tratamiento se generaron habilidades y recomendaciones para las diferentes prácticas sexuales, tanto individuales como con una posible pareja sexual, pero dicho contenido teórico hubiera quedado debidamente complementado con una valoración y revisión de las prácticas sexuales del usuario, permitiendo unos resultados más objetivos de los cambios reales de C.O. en este aspecto.

Por último, en el caso de la discapacidad intelectual leve, el recurso cuenta con un dispositivo completo de talleres y actividades que intervienen en esta discapacidad por lo que la intervención realizada por el psicólogo en prácticas ha ido encaminada a proporcionar la información necesaria para que C.O. conozca dicho diagnóstico, la sintomatología relacionada y las causas del mismo. Uno de los aspectos más relevantes de esta intervención para la situación del usuario ha sido el trabajo realizado con el objetivo de desmontar las creencias irracionales y negativas que tenía acerca de su patología y las causas de la misma, sintiéndose, previamente al tratamiento, el único y máximo responsable de su situación.

Por tanto, atendiendo a los resultados obtenidos podemos concluir que, a pesar de las dificultades derivadas de la disposición temporal de las prácticas de fin de máster y la complejidad propia de las patologías diagnosticadas, se ha observado un progreso significativo en el usuario, mejorando su estado de ánimo, sus habilidades comunicativas y de resolución de conflictos y su capacidad para generar creencias alternativas razonables y más

positivas a sus pensamientos automáticos y negativos. Dentro de esta mejoría significativa, quedan algunos aspectos pendientes de abordaje, tales como una intervención más exhaustiva con los familiares y un seguimiento pormenorizado de los hábitos alimentarios y sexuales del usuario.

LIMITACIONES.

Tal y como se indicaba anteriormente, la complejidad de las patologías presentadas exigía una intervención más extensa de lo que ha sido posible establecer. En el caso de los tratamientos con validación empírica para los trastornos de la conducta alimentaria, se establece que la duración media para abordar dichas patologías es de aproximadamente un año (Perpiñá et al., 2006). Por otro lado, debido a la temporalidad de las prácticas, no ha sido posible hacer un seguimiento adecuado de las conductas sexuales de C. O., por lo que no se han podido valorar los resultados del trabajo cognitivo establecido para el abordaje del trastorno sexual identificado en el usuario.

Otro de los objetivos terapéuticos que no han podido ser debidamente abordados durante el tratamiento del usuario C.O. es la intervención familiar. La baja implicación de los familiares en el tratamiento establecido desde el recurso del CRIS y las creencias de la comunidad religiosa a la que pertenecen, junto a la percepción de aspectos como la sexualidad o la alimentación adecuada, han dificultado una adecuada intervención con los padres de C.O., por lo que ha sido necesario reforzar dicha intervención con el usuario, a nivel individual, para dotarle de herramientas que le permitan solventar posibles conflictos familiares debido a estos temas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Amador J. A. (2013). Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV (WAIS-IV). Universidad de Barcelona, Facultad de psicología, España.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). DSM-IV-TR®. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Editorial Elsevier Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Editorial American Psychiatric Publishing.
- Ballester R., Gil M^a D. (1995). Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana. *Psicothema*, 7(1), 95-104.
- Ballester R., Gil M^a D. (1997). Intervención psicológica en las disfunciones sexuales. En Pascual L. M., Ballester R. (Eds.). *La práctica de la Psicología de la Salud: Programas de Intervención* (pp. 175-203). Valencia: Editorial Promolibro.
- Baños M^a R., Perpiñá C. (2009). Exploración Psicopatológica. Madrid: Editorial Síntesis.
- Benedet M^a J. (2002). Neuropsicología Cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la Neuropsicología Cognitiva. Madrid: Editorial Observatorio de la Discapacidad.
- Bordalejo D., Boullosa O., Hadid E., Puricelli M., Romero E., Tannenhau L., Vietiez A., Vázquez G. (2012). Correlación entre impulsividad, temperamento, carácter y performance neurocognitiva en pacientes bipolares eutímicos. *Alcmeon*, 18(1), 5-16.
- Butcher J. N., Miineka S., Hooley J. M. (2007). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. En Butcher J. N., Miineka S., Hooley J. M. (Eds.), *Psicología Clínica* (pp. 297-323). Madrid: Editorial Pearson.
- Crespo M., Labrador F. J., De la Paz, M^a L. (2008). Trastornos sexuales. En Belloch A., Sandín B., Ramos F. (dirs.), *Manual de psicopatología*, Edición revisada, Volumen I (pp. 309-353). Madrid: Editorial McGraw-Hill.
- Fuentes I., Romero M., Dasí C., Ruiz J. C. (2010). Versión abreviada del WAIS-III para su uso en la evaluación de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 22(2), 202-207.
- González F. M. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. Madrid: Editorial Ciencias Médicas.
- Granero M. (2014). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 179-197.
- Gregory R. J. (2012). Pruebas psicológicas: Historia, principios y aplicaciones. Sexta edición. Madrid: Editorial Pearson.

- Iribarren M., Jiménez M., García J. M., Rubio G. (2011). Validación y propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Esp Psiquiatr*, 39(1), 49-60.
- Jorquera M. (2014). Tratamiento cognitivo comportamental para la bulimia nerviosa. (Tesis doctoral). Universidad Jaume Primer, Facultad de ciencias de la salud, España.
- Labrados F. J., Crespo M (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 3(13), 428-441.
- LoPiccolo, J. (1992). Postmodern sex therapy for erectile failure. En R. C. Rosen y S. R. Leiblum: *erectile disorders: Assessment and treatment*. Guilford Press.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., & Ventura, J. (1986). Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin*, 12, 594-602
- Pelechano V. (2009). El retraso mental. En Belloch A., Sandín B., Ramos F. (dirs.), *Manual de psicopatología*, Edición revisada, Volumen II (pp. 533-547). Madrid: Editorial McGraw-Hill.
- Perpiñá C. (2010). Trastornos alimentarios. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 125-157). Madrid: Editorial Pirámide.
- Perpiñá C., Botella, C., Baños R. (2006). Evaluación de los trastornos alimentarios. En Caballo V. E. (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Volumen II: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 211-233). Madrid: Editorial Pirámide.
- Roca E., Roca B. (2002). Publicaciones y materiales para la psicoterapia. Recuperado el 17 de febrero de 2015, de <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina5.htm#resena>.
- Rosselli M. (2010). Trastorno global de aprendizaje: retardo mental. En Rosselli M., Matute E., Ardila A. (Eds.). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México, D. F. Editorial Manual moderno.
- Vallina O., Lemos S., García A., Otero A., Alonso M., Gutiérrez A. M. (1998). Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*, 10(2), 459-474.

9. ANEXOS.**ANEXO 1. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN.**

Documento establecido en el Centro Gran Vía y elaborado por el departamento de calidad de la empresa Grupo El Castillo en el que los usuarios indican su consentimiento de participación y declara haber sido informado de la confidencialidad de los datos obtenidos durante la intervención.

CAMBIAR PÁGINA POR DOCUMENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ANEXO 2. PRUEBAS ADMINISTRADAS.

A continuación se adjuntan las pruebas originales durante la evaluación del sujeto.

CAMBIAR HOJA POR PRUEBAS.

ANEXO 3. TRATAMIENTO.

A continuación se presentan las presentaciones y documentos entregados al usuario para complementar el tratamiento realizado durante las sesiones con el psicólogo en prácticas.

CAMBIAR HOJA POR DOCUMENTOS TRATAMIENTO

ANEXO 4. EVALUACIÓN POST-TRATAMIENTO.

A continuación se adjuntan las pruebas administradas durante el post-tratamiento.